



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI.410.019.01.2016
P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego.
<i>Okres objęty kontrolą</i>	Lata 2015-2016 (do 31 sierpnia) oraz okres opracowywania tzw. pakietu onkologicznego w 2014 r.
<i>Kontroler</i>	Karol Pokora, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/65/2016 z 2 września 2016 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (dalej: Centrum lub ŚCO), 25-734 Kielce, ul. Artwińskiego 3.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Doktor habilitowany nauk medycznych Stanisław Góźdz, profesor UJK. [Dowód: akta kontroli str. 3]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

<i>Ocena ogólna</i>	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego. Ocena ta uzasadniona jest tym, że: – w ŚCO na bieżąco były wykonywane świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego; – w dwóch wybranych poradniach specjalistycznych Centrum (ginekologicznej i urologii), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej² (dalej: Załącznik nr 1 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu AOS); – ŚCO zapewniło we własnym zakresie dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych, zgodnie z § 6a pkt 3 ww. rozporządzenia; – porównanie danych z 30 kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: karty DiLO) wystawionych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: lekarzy POZ), zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że świadczenia, w tym diagnostyczne, udzielone przez Centrum pacjentom w ramach pakietu onkologicznego zostały udzielone w terminach przewidzianych w § 15 ust. 11 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS); – w dwóch wybranych klinikach Centrum (endokrynologii oraz hematologii i transplantacji szpiku), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu
---------------------	--

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 Dz. U. z 2016 r. poz. 357.

leczenia szpitalnego³ (dalej: Załącznik nr 3 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego);

- porównanie danych z 60 kart DiLO, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że we wszystkich przypadkach realizowano wymogi określone w ww. rozporządzeniu dotyczące m.in. składu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (dalej: WZT) oraz terminu podjęcia leczenia pacjenta;
- porównanie danych z 30 zamkniętych kart DiLO, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że we wszystkich przypadkach po zakończeniu leczenia onkologicznego karta DiLO została przekazana przez Centrum do lekarza pierwszego kontaktu, tj. zgodnie z art. 32b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ (dalej: ustawa o świadczeniach).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. AOS

1.1. Spełnianie przez świadczeniodawcę wymogów realizacji pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

W dwóch wybranych poradniach specjalistycznych Centrum (ginekologicznej i urologii), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w Załączniku nr 1 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu AOS. Lekarze zatrudnieni w ww. poradniach realizowali świadczenia w godzinach wykazanych w *Harmonogramie – Zasoby* stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim w Kielcach (dalej: NFZ)⁵. ŚCO na bieżąco zgłaszało do NFZ zmiany dotyczące wykazu personelu medycznego zatrudnionego w ww. poradniach oraz godzin jego pracy. [Dowód: akta kontroli str. 4-16]

ŚCO posiadało *Procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego*⁶. [Dowód: akta kontroli str. 17-22]

Centrum we własnym zakresie zapewniło dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych, zgodnie z § 6a pkt 3 ww. rozporządzenia. [Dowód: akta kontroli str. 35-124]

1.2. Realizacja pakietu onkologicznego

W 2015 r. zostało wydanych 2295 kart DiLO przez lekarzy ŚCO udzielających świadczeń w AOS⁷, natomiast w 2016 r. (do 31 sierpnia) – 1389⁸. Do Centrum zgłaszali się również pacjenci z kartami DiLO wystawionymi przez lekarzy POZ. W 2015 r. było ich 880⁹, natomiast w 2016 r. (do 31 sierpnia) – 577¹⁰. W 2015 r. podejrzenie nowotworu przez

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

⁵ Umowa nr 13-AOS02/1-11-00189-060 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS zawarta 2 lutego 2011 r. z NFZ.

⁶ Przedmiotową procedurę wprowadzono 1 stycznia 2015 r. zarządzeniem nr 38/2014 dyrektora ŚCO z 22 grudnia 2014 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w Centrum.

⁷ Liczba przedmiotowych kart w poszczególnych kwartałach 2015 r. wynosiła odpowiednio: 670, 475, 536 i 614.

⁸ Liczba przedmiotowych kart w dwóch pierwszych kwartałach 2016 r. wynosiła odpowiednio: 552 i 513, natomiast w okresie lipiec-sierpień – 324.

⁹ Liczba tych pacjentów w poszczególnych kwartałach 2015 r. wynosiła odpowiednio: 177, 280, 206 i 217.

¹⁰ Liczba tych pacjentów w dwóch pierwszych kwartałach 2016 r. wynosiła odpowiednio: 224 i 254, natomiast w okresie lipiec-sierpień – 99.

lekarza POZ zostało potwierdzone w 500 przypadkach (56,1%)¹¹, natomiast w 2016 r. (do 31 sierpnia) w 377 (65,3%)¹². [Dowód: akta kontroli str. 130-131]

ŚCO prowadziło odrębne listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych dla każdej komórki organizacyjnej udzielającej takich świadczeń, a także określiło kryteria medyczne dotyczące kolejności ich umieszczania na listach, zgodnie z art. 20 ust. 12-14 ustawy o świadczeniach. [Dowód: akta kontroli str. 125]

Centrum przekazywało NFZ co najmniej raz w tygodniu informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, zgodnie z art. 23 ust. 4 ww. ustawy. [Dowód: akta kontroli str. 126]

Dyrektor ŚCO powołał Zespół do oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń¹³. Na podstawie analizy raportów sporządzanych w 2015 r. przez ww. zespół w odniesieniu do dwóch komórek organizacyjnych Centrum (Działu Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz Działu Urologii) ustalono, iż listy oczekujących podlegały okresowej, tj. raz w miesiącu, ocenie, co było zgodne z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Ocena list przeprowadzana była pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielanych świadczeń, co było zgodne z art. 21 ust. 4 ww. ustawy. [Dowód: akta kontroli str. 127-129, 136]

1.3. Dostęp do świadczeń

Liczba nowych pacjentów Centrum¹⁴ z rozpoznaniem oznaczonym symbolami C00-C97, z wyłączeniem C44 oraz D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w 2014 r. wyniosła 5494. Pacjentów takich w 2015 r. było 6008, z tego 787 (13,1%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 5221 na podstawie umów zawartych z NFZ, w których określone zostały limity poszczególnych świadczeń. Według stanu na 31 sierpnia 2016 r., pacjentów takich w 2016 r. było 4184, z tego 668 (16%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 3516 na podstawie ww. umów. [Dowód: akta kontroli str. 132]

Dyrektor Centrum Stanisław Gózdź wyjaśnił m.in.: (...) *Pakiet onkologiczny w AOS, zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia oraz wytycznymi NFZ, obejmuje wyłącznie pacjentów z nowym podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej, którzy pojawili się w ŚCO w latach 2015-2016. Nie obejmuje on między innymi: diagnostyki prowadzonej u pacjenta nieposiadającego karty DiLO od lekarza POZ; diagnostyki w rozpoznaniach, dla których NFZ nie określił ryczałtów na szybką diagnostykę onkologiczną (np. nowotwory neuroendokrynne); diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych; wizyt w poradniach nieobjętych pakietem onkologicznym (np. kardiologiczna); leczenia hormonalnego w warunkach ambulatoryjnych (lekami na receptę); kontroli poszpitalnych czy po leczeniu (tzw. follow-up). Należy podkreślić, iż ŚCO jest placówką funkcjonującą od wielu lat, prowadzącą leczenie, a następnie kontrole po leczeniu u wielu tysięcy pacjentów. Chorzy nie wymagający aktualnie leczenia onkologicznego, zgodnie z założeniami pakietu onkologicznego, otrzymują porady rozliczane w zakresach podstawowych (limitowanych). Ponadto ŚCO nie ma wpływu na typ i liczbę pacjentów kierowanych i zgłaszających się do naszych poradni z poszczególnymi rozpoznaniem oraz liczbę kart DiLO wystawianych przez lekarzy POZ, a powyższe determinuje odsetek oraz liczbę pacjentów rozliczanych w pakiecie onkologicznym. Należy zauważyć, iż prognozowana liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie świętokrzyskim (w oparciu o dane z KRN) w roku 2015 winna wynieść 5632, a w tym okresie w poradniach ŚCO wykonano 230900 porad. Biorąc pod uwagę powyższe należy uznać za prawidłowy odsetek pacjentów leczonych*

¹¹ Liczba tych przypadków w poszczególnych kwartałach 2015 r. wynosiła odpowiednio: 102, 138, 128 i 132.

¹² Liczba tych przypadków w dwóch pierwszych kwartałach 2016 r. wynosiła odpowiednio: 149 i 157, natomiast w okresie lipiec-sierpień – 71.

¹³ Zespół został powołany zarządzeniem wewnętrznym nr 32 dyrektora ŚCO z 28 grudnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu.

¹⁴ Bez pacjentów kontynuujących leczenie w ŚCO w latach poprzednich.

w ramach pakietu onkologicznego w AOS w kontrolowanym okresie. [Dowód: akta kontroli str. 306]

Liczba badań diagnostycznych wykonanych ogółem w AOS wyniosła: 24952 w 2014 r., 23641 w 2015 r. oraz 13902 w 2016 r. (do 31 sierpnia). [Dowód: akta kontroli str. 132]

Stanisław Góźdz wyjaśnił m.in.: (...) Sposób i zakres prowadzonej diagnostyki, w tym liczba i rodzaj wykonywanych badań diagnostycznych zależy od: typu nowotworu (rozpoznania); stopnia zaawansowania nowotworu (TNM); aktualnego stanu zdrowia pacjenta; zakresu i jakości badań diagnostycznych wykonanych na rzecz pacjenta przed objęciem go opieką przez ŚCO; faktycznej ścieżki diagnostycznej pacjenta, tj. możliwości (lub jej braku) prowadzenia diagnostyki pacjenta w warunkach ambulatoryjnych. Od ww. aspektów oraz standardów postępowania zależy liczba wykonywanych badań diagnostycznych (zaledwie o 5% niższa w 2015 r. w stosunku do roku poprzedniego). W związku z tym ŚCO nie ma znaczącego wpływu na liczbę wykonywanych badań diagnostycznych w AOS, która jest każdorazowo dostosowywana do aktualnego stanu klinicznego pacjenta. Należy ponadto podkreślić, iż sama liczba wykonanych badań nie stanowi podstawy do oceny jakości prowadzonej diagnostyki onkologicznej. [Dowód: akta kontroli str. 244-245]

Jak wynika z danych przekazanych do NFZ świadczenia udzielane w poradniach ŚCO¹⁵, były udzielane w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) na bieżąco pacjentom uzyskującym te świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. W ww. okresie na bieżąco udzielane były również świadczenia w Pracowni Scyntygrafii, udzielane pacjentom uzyskującym te świadczenia w ramach umów zawartych z NFZ określających limity wykonywanych świadczeń.

Pacjenci w tym okresie oczekiwali na udzielenie świadczeń poza pakietem w poradniach specjalistycznych Centrum (z wyjątkiem dwóch: onkologicznej oraz medycyny nuklearnej, do których pacjenci byli przyjmowani na bieżąco) oraz w pracowniach: PET, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego. Na koniec poszczególnych kwartałów 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń udzielanych poza pakietem w ww. komórkach organizacyjnych wynosił odpowiednio: od 21 do 377 dni (Poradnia Endokrynologiczna), od 6 do 292 dni (Poradnia Urologii), od 15 do 374 dni (Poradnia Endokrynologiczna) oraz od 13 do 409 dni (Poradnia Endokrynologiczna). Na koniec dwóch pierwszych kwartałów 2016 r. było to odpowiednio: od 16 do 366 dni (Poradnia Endokrynologiczna) oraz od 8 do 424 dni (Poradnia Endokrynologiczna). [Dowód: akta kontroli str. 133]

Stanisław Góźdz wyjaśnił m.in.: (...) Pacjenci są zapisywani na listy oczekujących w trzech odrębnych kategoriach: pacjent z kartą DiLO (który ma otrzymać świadczenia w ściśle określonych terminach), pacjent pilny i stabilny (pilni mają być przyjmowani przed stabilnymi). Biorąc pod uwagę powyższą konstrukcję, mając na uwadze ograniczone zasoby kadrowo-sprzętowe i lokalowe, ŚCO było zmuszone tak podzielić dostępne harmonogramy pracy, aby zapewnić w pierwszej kolejności odpowiednią liczbę miejsc dla pacjentów już objętych opieką, następnie nowych pacjentów z kategorii: karta DiLO i pilny, a dopiero pozostałe zasoby przeznaczyć na pacjentów stabilnych. (...) Niestety ŚCO prowadząc poradnie specjalistyczne nie może ograniczyć swojej działalności wyłącznie do diagnostyki i leczenia nowotworów, przez co do naszych poradni kierowani są także pacjenci nieonkologiczni. Efektem dużej liczby pacjentów oczekujących, którzy wyrażają chęć objęcia leczeniem specjalistycznym w ŚCO oraz niewielkiej liczby miejsc przeznaczonych dla tych pacjentów jest długi czas oczekiwania, który w przypadku Poradni Endokrynologicznej (gdzie zdecydowana większość pacjentów to pacjenci stabilni), wzrósł aż do 424 dni dla pierwszorazowego pacjenta z kategorii stabilny. [Dowód: akta kontroli str. 243-245]

Porównanie danych z 30 kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że świadczenia, w tym diagnostyczne, udzielone przez Centrum pacjentom, w ramach pakietu onkologicznego, zostały udzielone w terminach przewidzianych w § 15 ust. 11

¹⁵ Tj.: onkologicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii, ginekologii onkologicznej, endokrynologicznej, urologii oraz hematologicznej.

Ustalono
nieprawidłowości

zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS¹⁶. [Dowód: akta kontroli str. 137-143, 222]

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

2. Leczenie szpitalne

2.1. Spełnianie przez świadczeniodawcę wymogów realizacji pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

W dwóch wybranych klinikach Centrum (endokrynologii oraz hematologii i transplantacji szpiku), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w Załączniku nr 3 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Lekarze zatrudnieni w ww. klinikach realizowali świadczenia w godzinach wykazanych w *Harmonogramie – Zasoby* stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawartej z NFZ¹⁷. ŚCO na bieżąco zgłaszało do NFZ zmiany dotyczące wykazu personelu medycznego zatrudnionego w ww. klinikach. [Dowód: akta kontroli str. 144-193]

ŚCO posiadało *Procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń na etapie leczenia szpitalnego*, o której stanowi § 4a ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia. [Dowód: akta kontroli str. 17-34]

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego

Porównanie danych z 60 kart DiLO¹⁸, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że we wszystkich przypadkach:

- w skład WZT wchodziły osoby, o których stanowi § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹;
- WZT określał sposób postępowania terapeutycznego, a leczenie podejmowano w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, tj. zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b ww. rozporządzenia;
- wyznaczano koordynatora, po określeniu postępowania terapeutycznego przez WZT, który m.in. udzielał pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia, tj. zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c przedmiotowego rozporządzenia;
- WZT określał plan leczenia onkologicznego, w tym jego harmonogram, tj. zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia;
- udokumentowano udział w WZT osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa, tj. zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 3 przedmiotowego rozporządzenia. [Dowód: akta kontroli str. 194-204, 222]

Centrum zapewniło koordynację leczenia, w tym dostęp do świadczeń: chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów leczonych

¹⁶ Zgodnie z § 15 ust. 11 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS okres wykonania diagnostyki wstępnej i pogłębionej nie powinien trwać łącznie dłużej niż 63 dni. Porównanie danych z 30 kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że od pierwszej porady lekarskiej na etapie diagnostyki wstępnej do daty zakończenia diagnostyki pogłębionej upłynęło od 13 do 55 dni.

¹⁷ Umowa nr 13-SZP03/1-11-00189-009 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarta 28 stycznia 2011 r. z NFZ.

¹⁸ W tym 30 wystawionych przez lekarzy POZ oraz 30 zamkniętych.

¹⁹ Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w skład w skład WZT winni wchodzić m.in. lekarze specjaliści z następujących dziedzin: radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej; rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej.

z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym. [Dowód: akta kontroli str. 35-124]

ŚCO posiadało *Procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu*, o której stanowi § 5a rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Analiza wpisów dokonanych w indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej 10 pacjentów leczonych w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz 10 pacjentów leczonych w Klinice Urologii wykazała, że zamieszczano w nich wpisy dotyczące dolegliwości bólowych pacjentów. W przypadku wpisów wskazujących na podanie środków przeciwbólowych, pacjent miał zakładaną Kartę Natężenia Bólu. [Dowód: akta kontroli str. 206-218]

Spośród 6210 wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w Centrum w 2015 r., 42% miało rozpoznany nowotwór złośliwy w AOS, a 58% w lecnictwie szpitalnym. Spośród 2625 wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w ŚCO w 2016 r. (do 31 sierpnia), 59% miało rozpoznany nowotwór złośliwy w AOS, a 41% w lecnictwie szpitalnym. [Dowód: akta kontroli str. 205]

2.3. Dostęp do świadczeń

Liczba pacjentów z rozpoznaniem oznaczonym symbolami C00-C97, z wyłączeniem C44 oraz D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w lecnictwie szpitalnym w 2014 r. wyniosła 3005. Pacjentów takich w 2015 r. było 2881, z tego 1455 (50,5%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 1426 na podstawie umów zawartych z NFZ, w których określone zostały limity poszczególnych świadczeń. Według stanu na 31 sierpnia 2016 r., pacjentów takich w 2016 r. było 2175, z tego 1339 (61,6%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 836 na podstawie ww. umów. [Dowód: akta kontroli str. 235]

Dyrektor Centrum Stanisław Góźdz wyjaśnił m.in.: (...) *Pakiet onkologiczny w leczeniu szpitalnym, zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia oraz wytycznymi NFZ, obejmuje wyłącznie pacjentów będących w trakcie aktywnego leczenia nowotworu złośliwego (zabiegowego lub za pomocą naświetlania; chemioterapia nie posiada wyodrębnionych środków na pakiet onkologiczny). W związku z tym poza pakietem onkologicznym (w zakresach limitowanych) musimy rozliczać: (...) programy zdrowotne (lekowe); usługi z katalogu świadczeń do sumowania; świadczenia: rozliczenie za zgodą płatnika oraz teleradioterapia paliatywna; świadczenia wykonane w oparciu o niepoprawnie wystawioną kartę w POZ; świadczenia wykonane po terminie 14 dni od konsylium, np. gdy pacjent nie zgłasza się do leczenia w terminie wskazanym w planie leczenia lub odmawia leczenia, a po jakimś czasie zmienia zdanie i podejmuje terapię; hospitalizacje zachowawcze, podczas których wykonywana jest diagnostyka onkologiczna (np. scyntygrafia). (...) W roku 2015 w oddziałach szpitalnych ŚCO wykonano 22891 hospitalizacji całodobowych oraz 21429 pobytych dziennych. Biorąc pod uwagę powyższe należy uznać za prawidłowy odsetek pacjentów leczonych w ramach pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym w kontrolowanym okresie.* [Dowód: akta kontroli str. 307]

Liczba badań diagnostycznych wyniosła: 105666 w 2014 r., 99283 w 2015 r. oraz 60919 w 2016 r. (do 31 sierpnia). [Dowód: akta kontroli str. 235]

Jak wynika z danych przekazanych do NFZ, świadczenia udzielane w pięciu klinikach ŚCO (hematologii i transplantacji szpiku, chemioterapii, chirurgii onkologicznej, endokrynologii oraz medycyny nuklearnej) były udzielane w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) na bieżąco, pacjentom uzyskującym te świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. Również świadczenia udzielane w ośmiu klinikach Centrum (hematologii i transplantacji szpiku, chemioterapii, otolaryngologii, chirurgii głowy i szyi, chirurgii onkologicznej, ginekologii, endokrynologii, brachyterapii oraz medycyny nuklearnej) były udzielane w ww. okresie na bieżąco pacjentom, uzyskującym te świadczenia w ramach umów zawartych z NFZ określających limity wykonywanych świadczeń.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w pięciu klinikach Centrum (radioterapii, urologii, otolaryngologii, chirurgii, głowy i szyi, ginekologii oraz brachyterapii)

w 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego nie przekraczał 9 dni, natomiast w dwóch pierwszych kwartałach 2016 r. nie przekraczał 8 dni.

Świadczenia udzielane w Klinice Radioterapii były udzielane w dwóch pierwszych kwartałach 2015 r. na bieżąco pacjentom uzyskującym te świadczenia w ramach umów zawartych z NFZ określających limity wykonywanych świadczeń. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w ww. komórce organizacyjnej w dwóch ostatnich kwartałach 2015 r. wynosił odpowiednio 7 i 15 dni, a w dwóch pierwszych kwartałach 2016 r. odpowiednio 19 i 27 dni.

Na koniec trzech pierwszych kwartałów 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń planowych w Klinice Urologii wynosił odpowiednio: 59 dni, 85 dni, oraz 91 dni. W ostatnim kwartale 2015 r. i w dwóch pierwszych 2016 r. świadczenia te były udzielane na bieżąco. [Dowód: akta kontroli str. 221]

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

Centrum dysponowało możliwością samodzielnego wykonania badań histopatologicznych²⁰. [Dowód: akta kontroli str. 35, 67-68]

Liczba pacjentów, którym wykonano w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) badania immunohistochemiczne w poszczególnych typach nowotworów w stosunku do łącznej liczby pacjentów wyniosła: rak sutki – 69,4%²¹, rak żołądka – 15,2%²², niedrobnokomórkowy rak płuca – 99,2%²³, rak jelita grubego – 3,5%²⁴, nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego – 73,9%²⁵, włókniakomięsak guzowaty skóry – 55,6%²⁶, czerniak – 97%²⁷, chłoniaki nieziarnicze z komórek szeregu B – 94,9%²⁸. [Dowód: akta kontroli str. 303]

Stanisław Gózdź wyjaśnił m.in.: (...) ŚCO prowadzi diagnostykę i leczenie pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzoną chorobą nowotworową zgodnie z aktualnymi standardami postępowania i zaleceniami wydanymi przez towarzystwa naukowe i konsultantów krajowych. To właśnie z ww. zaleceń wynika, w których rozpoznaniach należy standardowo wykonać badanie immunohistochemiczne materiału (np. nowotwór złośliwy piersi), a w których decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz onkolog, dobierając terapię do aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz stopnia zaawansowania nowotworu. Zgodnie z zaleceniami zlecenie badania immunohistochemicznego i/lub biologii molekularnej, pod kątem zastosowania u danego pacjenta terapii celowanej, pozostające w gestii lekarza prowadzącego terapię dotyczy między innymi nowotworu złośliwego żołądka i jelita grubego. Dlatego też w każdym przypadku, gdy pacjent spełnia kryteria włączenia do terapii celowanej, finansowanej przez NFZ, lekarz prowadzący wydaje zlecenie wykonania badań: immunohistochemicznego i/lub biologii molekularnej, a po potwierdzeniu w wyniku badania

²⁰ W skład ŚCO wchodził Zakład Patologii Nowotworów, w ramach którego funkcjonowały: pracownia histopatologiczna oraz pracownia immunohistochemii.

²¹ Odpowiednio 1209 i 1742.

²² Odpowiednio 45 i 296.

²³ Odpowiednio 118 i 119.

²⁴ Odpowiednio 43 i 245.

²⁵ Odpowiednio 17 i 23.

²⁶ Odpowiednio 5 i 9.

²⁷ Odpowiednio 259 i 267.

²⁸ Odpowiednio 258 i 272.

korzyści klinicznej zastosowanej terapii – kwalifikuje pacjenta do leczenia terapią spersonalizowaną. Należy podkreślić, iż wykonywanie ww. dodatkowych badań u pacjenta niespełniającego szczegółowych kryteriów kwalifikacji do terapii finansowanej ze środków publicznych, wydaje się być klinicznie i ekonomicznie nieuzasadnione. [Dowód: akta kontroli str. 305-306]

Odnosząc się do kwestii kontynuacji przez Centrum leczenia pacjentów, którzy początkowo byli leczeni w innym podmiocie bez wykonania badania immunohistochemicznego, Dyrektor ŚCO podał m.in.: (...) z uwagi na brak w przepisach prawa oraz wymaganiach NFZ obowiązku wykonywania badania histopatologicznego zgodnego ze standardem określonym przez towarzystwa naukowe, w Centrum odnotowujemy przypadki pacjentów, w których placówka prowadząca diagnostykę ogranicza się do wykonania podstawowego badania histopatologicznego (np. nie wykonuje badania immunohistochemicznego). W takich przypadkach ŚCO każdorazowo zwraca się z prośbą o wypożyczenie preparatów tkankowych do placówki wykonującej pierwsze badanie histopatologiczne. Po otrzymaniu materiału w Centrum wykonywane są niezbędne badania dodatkowe, w tym immunohistochemiczne i/lub biologii molekularnej, zgodnie z aktualnym standardem postępowania w diagnostyce i leczeniu nowotworów złośliwych. Niestety ŚCO nie prowadzi statystyk takich przypadków i nie jest w stanie oszacować ich liczby w kontrolowanym okresie. W związku z powyższym informuję, iż Centrum nie rozpoczyna terapii pacjenta bez wykonania całej, niezbędnej diagnostyki, gdyż mogłoby to wiązać się z koniecznością zmiany schematu leczenia, powikłaniami ze strony pacjenta, a nawet obniżeniem skuteczności kolejnych rzutów chemioterapii. Dlatego też w ŚCO nie występują przypadki zmiany schematu leczenia rozpoczętego na podstawie niepełnej diagnostyki onkologicznej. [Dowód: akta kontroli str. 237-238]

Dokonano analizy 10 odpersonalizowanych indywidualnych dokumentacji medycznych pacjentów leczonych w Centrum w 2016 r. w zakresie badań w kierunku amplifikacji genu HER2. Ustalono, że w sześciu przypadkach badanie wykonano w ŚCO i obejmowało ono histopatologię wraz z immunohistochemią. W pozostałych czterech przypadkach badania zostały wykonane przez podmioty zewnętrzne i obejmowały wyłącznie histopatologię, bez badania immunohistochemicznego. W tych przypadkach uniemożliwiałoby to jednoznaczne postawienie rozpoznania oraz podjęcie właściwego leczenia onkologicznego, jak również skutkowało koniecznością wykonania przez pracowników Centrum dodatkowej diagnostyki onkologicznej. [Dowód: akta kontroli str. 240-241]

Odnosząc się do kwestii powtórnego wykonania zabiegu operacyjnego u pacjentek operowanych w ŚCO z powodu nowotworu piersi, Stanisław Gózdź podał m.in.: W niewielkiej liczbie przypadków leczenia oszczędzającego raka piersi konieczne jest wykonanie zabiegu radykalizacji wycięcia (tj. poszerzenie marginesu). Dodatkowo w określonych przypadkach ponowne wykonanie zabiegu jest konieczne także w przypadku potwierdzonego przerzutu do węzła wartowniczego, usuniętego podczas pierwszego zabiegu. Postępowania te są zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i wynikają ze specyfiki chirurgii piersi. Wszystkie powyższe przypadki ponownych hospitalizacji w Centrum stanowią około 5% wykonywanych zabiegów raka piersi (54 przypadki na 1071 wykonanych operacji piersi). Statystyki publikowane w renomowanych czasopismach medycznych określają dopuszczalną ilość takich przypadków na około 18%. W ŚCO znajduje się pełnoprofilowy Zakład Patologii Nowotworów, który wykonuje między innymi śródoperacyjne badanie patomorfologiczne. [Dowód: akta kontroli str. 239]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

Przychody Centrum wyniosły w 2014 r. 261.245,5 tys. zł, zaś koszty - 251.825 tys. zł. Wynik finansowy ŚCO wyniósł 9.420,5 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych udzielających świadczeń onkologicznych w AOS wyniosły w 2014 r. 19.845,1 tys. zł, zaś koszty - 29.410,5 tys. zł. Ich wynik finansowy był ujemny i wyniósł -9.565,4 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych udzielających świadczeń onkologicznych w lecznictwie szpitalnym wyniosły w 2014 r. 124.398,3 tys. zł, zaś koszty - 120.305,2 tys. zł. Ich wynik finansowy wyniósł 4.093,1 tys. zł.

Przychody Centrum wyniosły w 2015 r. 261.687,1 tys. zł, zaś koszty - 258.970,5 tys. zł. Wynik finansowy ŚCO wyniósł 2.716,6 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w AOS wyniosły w 2015 r. 12.686,8 tys. zł, zaś koszty - 29.760,5 tys. zł. Ich wynik finansowy był ujemny i wyniósł -17.073,7 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym wyniosły w 2015 r. 116.872 tys. zł, zaś koszty - 126.271 tys. zł. Ich wynik finansowy był ujemny i wyniósł -9.399 tys. zł.

Przychody Centrum wyniosły w 2016 r. (do 31 sierpnia) 165.262,5 tys. zł, zaś koszty - 175.640 tys. zł. Wynik finansowy ŚCO był ujemny i wyniósł -10.377,5 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w AOS wyniosły w ww. okresie 8.048,9 tys. zł, zaś koszty - 20.284 tys. zł. Ich wynik finansowy był ujemny i wyniósł -12.235,1 tys. zł.

Przychody komórek organizacyjnych Centrum udzielających świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym wyniosły w ww. okresie 74.580,9 tys. zł, zaś koszty - 80.900,9 tys. zł. Ich wynik finansowy był ujemny i wyniósł -6.320 tys. zł. [Dowód: akta kontroli str. 304]

Stanisław Góźdz wyjaśnił m.in.: *Sytuacja finansowa ŚCO uległa znaczącemu pogorszeniu w latach 2015-2016. Wynika to z wielu powodów, w tym znaczącej straty na pakiecie onkologicznym, tj.: zbyt niskiej wyceny ryczałtów na diagnostykę onkologiczną w AOS; braku możliwości zachowania „ścieżki pacjenta” w pakiecie onkologicznym, czego konsekwencją są nadwykonania w zakresach podstawowych i niedowykonania w pakiecie onkologicznym; konieczności poniesienia dodatkowych kosztów związanych z prawidłową realizacją pakietu onkologicznego, tj.: koordynatorów, WZT, personelu administracyjno-technicznego, koniecznego do obsługi systemów dotyczących karty DiLO czy kolejek oczekujących. Dodatkowo trudna sytuacja finansowa ŚCO wynika z obniżenia w roku 2015 wycen wybranych świadczeń onkologicznych, tj.: procedur zabiegowych, osobodni do chemioterapii i teleradioterapii, wyceny badania PET-CT oraz braku odrębnego finansowania histopatologii czy diagnostyki molekularnej.* [Dowód: akta kontroli str. 386]

Wartość umów zawartych przez ŚCO z NFZ na 2014 r. objętych limitami wyniosła 137.924,6 tys. zł, natomiast wykonanych i rozliczonych - 135.857,1 tys. zł.

Wartość umów zawartych przez Centrum z NFZ na 2015 r. objętych limitami wyniosła 132.175,3 tys. zł, natomiast wykonanych i rozliczonych - 131.656 tys. zł. Wartość świadczeń wykonanych i rozliczonych z NFZ w ramach pakietu onkologicznego wyniosła w ww. okresie 70.929,3 tys. zł.

Wartość umów zawartych przez ŚCO z NFZ na 2016 r. objętych limitami wyniosła 125.188,6 tys. zł, natomiast wykonanych i rozliczonych w 2016 r. (do 31 sierpnia) - 80.513,3 tys. zł. Wartość świadczeń wykonanych i rozliczonych z NFZ w ramach pakietu onkologicznego w ww. okresie wyniosła 54.074,5 tys. zł. [Dowód: akta kontroli str. 246]

Stanisław Góźdz wyjaśnił m.in.: *Odsetek wartości świadczeń realizowanych w zakresach objętych pakietem onkologicznym w porównaniu do zakresów podstawowych (limitowanych) wynika przede wszystkim z: epidemiologii nowotworów (ograniczona liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce); założeń pakietu onkologicznego (...); konieczności prowadzenia w ŚCO diagnostyki i leczenia nowotworów niezłośliwych;*

konieczności prowadzenia w Centrum diagnostyki i leczenia wybranych chorób nieonkologicznych; konieczności prowadzenia w ŚCO kontroli po leczeniu onkologicznym (duża liczba chorych objętych opieką); ograniczeń administracyjnych wprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w wykazie świadczeń możliwych do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego. Należy także pamiętać, iż w ŚCO realizowane są zakresy nieobjęte pakietem onkologicznym (...) co powoduje, iż znaczna część świadczeń realizowana jest wyłącznie w zakresach limitowanych. [Dowód: akta kontroli str. 357-358]

W 2014 r. sześć komórek organizacyjnych ŚCO udzielających świadczeń onkologicznych miało dodatni wynik finansowy. Wynosił on od 6,6 tys. zł (Poradnia Neurologiczna) do 7.014 tys. zł (Dział Radioterapii). 22 komórki organizacyjne Centrum miały ujemny wynik finansowy. Wynosił on od -20,1 tys. zł (Dział Chemioterapii) do -3.041 tys. zł (Dział Chirurgii Onkologicznej).

W 2015 r. cztery komórki organizacyjne ŚCO, w których realizowany był pakiet onkologiczny miały dodatni wynik finansowy. Wynosił on od 50,8 tys. zł (Dział Medycyny Nuklearnej) do 4.170 tys. zł (Dział Endokrynologii). 24 komórki organizacyjne Centrum odnotowały ujemny wynik finansowy. Wynosił on od -81,5 tys. zł (Poradnia Dermatologiczna) do -3.160,5 tys. zł (Dział Urologii).

W 2016 r. (do 31 sierpnia) cztery komórki organizacyjne ŚCO, w których realizowany był pakiet onkologiczny miały dodatni wynik finansowy. Wynosił on od 288 tys. zł (Dział Medycyny Nuklearnej) do 4.911,5 tys. zł (Dział Radioterapii). W 2016 r. 24 komórki organizacyjne Centrum miały ujemny wynik finansowy. Wynosił on od -78,6 tys. zł (Poradnia Dermatologiczna) do -2.461,9 tys. zł (Dział Hematologii i Transplantacji Szpiku). [Dowód: akta kontroli str. 247]

W okresie objętym kontrolą Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu sporządzała m.in. analizy przychodów i kosztów wszystkich komórek organizacyjnych Centrum. [Dowód: akta kontroli str. 310-356]

Z Analizy kosztów rzeczywistych diagnostyki w ŚCO sporządzonej przez ww. Sekcję wynikało, iż w latach 2015-2016 tylko świadczenie dotyczące diagnostyki wstępnej nowotworu tarczycy posiadało wycenę NFZ adekwatną do kosztów poniesionych przez Centrum. Pozostałe 34 świadczenia posiadały wyceny niższe niż rzeczywiste koszty badań. Poziom niedofinansowania diagnostyki onkologicznej wynosił od 18,40 zł (diagnostyka pogłębiona – nowotwory tarczycy) do 8,4 tys. zł (diagnostyka pogłębiona – nowotwory pęcherza moczowego)²⁹. [Dowód: akta kontroli str. 294-295]

Stanisław Gózdź wyjaśnił m.in.: (...) Powyższa różnica jest następstwem m.in. tego, że w przypadku diagnostyki pogłębionej w ramach wartości ryczałtu z NFZ, we wszystkich uzasadnionych klinicznie przypadkach należy wykonać wszystkie niezbędne świadczenia, w tym badania laboratoryjne, obrazowe, histopatologiczne wraz z immunohistochemią i biologią molekularną oraz badanie PET-CT. [Dowód: akta kontroli str. 297]

W przypadkach gdy pacjent posiadał kartę DiLO wystawioną przez lekarza POZ wszystkie badania niezbędne do postawienia diagnozy (dla diagnostyki wstępnej) oraz przygotowania pacjenta do ustalenia planu leczenia przez konsylium (dla diagnostyki pogłębionej) wykonywane były w ramach ryczałtów diagnostycznych w AOS w pakiecie onkologicznym, niezależnie od różnicy pomiędzy rzeczywistym kosztem badań, a wyceną NFZ.

W przypadkach podejrzenia nowotworu, gdy pacjent nie posiadał karty wystawionej przez lekarza POZ, wszystkie badania do czasu potwierdzenia nowotworu złośliwego wykonywane i rozliczane były w zakresach limitowanych. Po potwierdzeniu nowotworu złośliwego lekarz poradni ŚCO wydawał pacjentowi kartę DiLO. Wszystkie kolejne badania wykonywane były w ramach pakietu onkologicznego, w diagnostyce pogłębionej, niezależnie od ich ilości oraz kosztów. Do momentu otrzymania karty DiLO pacjent oczekiwał na wykonanie badań w kolejkach dla pacjentów pilnych lub stabilnych.

²⁹ Wysoki poziom niedofinansowania dotyczył również następujących świadczeń: diagnostyka pogłębiona – nowotwory gruczołu krokowego (7,3 tys. zł), diagnostyka pogłębiona – białaczki ostre i przewlekłe (4,7 tys. zł), diagnostyka pogłębiona – chłoniaki (4,5 tys. zł), diagnostyka pogłębiona – chłoniaki skórne (4,5 tys. zł) oraz diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi (4,5 tys. zł).

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki, aby pacjentowi uzyskującemu świadczenia w ramach pakietu onkologicznego wykonano dodatkowe badania, poza pakietem onkologicznym. [Dowód: akta kontroli str. 297]

Odnosząc się do kwestii przypadków wskazujących na potrzebę rozliczenia więcej niż jednego pakietu wstępnej/pogłębionej diagnostyki onkologicznej, choć wydano tylko jedną kartę DiLO Stanisław Góźdz podał m.in.: (...) karta DiLO dotyczy konkretnego pacjenta oraz jednego podejrzenia lub stwierdzonego nowotworu pierwotnego. W przypadku gdy u pacjenta stwierdzono dwa lub więcej nowotworów pierwotnych pacjentowi wydawane są kolejne karty DiLO, będące podstawą do wykonania szybkiej diagnostyki onkologicznej. Każdorazowo badania diagnostyczne wykonywane są według standardu postępowania i w terminach wskazanych w obowiązujących przepisach. W przypadku posiadanej przez pacjenta karty DiLO diagnostyka jest prowadzona w ramach ryczałtów w AOS do czasu jej zakończenia, niezależnie od liczby wizyt czy kosztów badań. W związku z powyższym w ŚCO nie występują tzw. niepewne rozpoznania. [Dowód: akta kontroli str. 298]

W sprawie występowania przypadków wykonania dodatkowego badania, w tym diagnostycznego, po uprzednio zwołanym konsylium WZT Stanisław Góźdz podał m.in.: (...) Z uwagi na fakt, iż diagnostyka onkologiczna wykonywana jest także w innych placówkach medycznych, zdarzają się przypadki, gdy pacjent zgłaszający się na konsylium nie posiada wszystkich wykonanych badań, które pozwoliłyby na zaplanowanie optymalnej terapii. W takich przypadkach pacjent kierowany jest do dalszej diagnostyki w poradniach ŚCO, gdzie świadczenia wykonywane i rozliczane są już w zakresach nielimitowanych (nie ma możliwości powrotu do szybkiej diagnostyki onkologicznej w pakiecie). Niestety Centrum nie posiada informacji na temat liczby takich przypadków, które wystąpiły w kontrolowanych okresie (...) [Dowód: akta kontroli str. 298]

ŚCO nie poniosło żadnych kosztów w związku z dostosowaniem swojego systemu informatycznego do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego. Koszty związane z powołaniem zespołów terapeutycznych oraz koordynatorów leczenia onkologicznego wyniosły: 280,9 tys. zł w 2015 r. oraz 192,7 tys. zł w 2016 r. (do 31 sierpnia) [Dowód: akta kontroli str. 300-302]

Odnosząc się do kwestii problemów z rozliczaniem świadczeń w ramach pakietu onkologicznego Stanisław Góźdz podał m.in.: (...) ŚCO już na etapie projektów Zarządzeń Prezesa NFZ wskazywało na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów w funkcjonowaniu placówek onkologicznych oraz utrudnień w rozliczeniach z NFZ. Od listopada 2014 roku wielokrotnie składaliśmy do Ministerstwa Zdrowia oraz Centrali NFZ uwagi i wątpliwości oraz propozycje zmian w pakiecie onkologicznym. (...) najważniejsze z nich:

- niepoprawnie wystawione karty w POZ (np. skierowanie pacjenta na zabieg operacyjny a nie na diagnostykę wstępną) powoduje brak możliwości rozliczenia szybkiej diagnostyki onkologicznej w AOS;
- w przypadku karty DiLO wystawionej w innym szpitalu kolejnym etapem w ramach ścieżki pacjenta jest konsylium; w sytuacji gdy lekarze podczas konsylium oceniają posiadaną przez pacjenta diagnostykę jako niewystarczającą do ustalenia planu leczenia, brak jest możliwości rozliczenia dodatkowych badań w ramach AOS w pakiecie onkologicznym;
- ścieżka w ramach karty DiLO nie uwzględnia wyboru pacjenta dotyczącego świadczeniodawcy (rozliczenie ryczałtów w AOS dotyczy całości wykonanej diagnostyki, nie jest możliwe rozliczenie jej w części, tj. za badania dotychczas wykonane na rzecz pacjenta, który chciałby kontynuować diagnostykę onkologiczną w innej placówce);
- braku możliwości rozliczenia wykonanej diagnostyki, gdyż w odniesieniu do danego rozpoznania NFZ nie przewidział możliwości wykonania diagnostyki wstępnej lub pogłębionej;
- zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej, wykonywany w sytuacji gdy jest to jedyna możliwość uzyskania potwierdzenia lub wykluczenia nowotworu złośliwego (np. rak nerki), dostępny jest tylko dla kart wydanych przez lekarza POZ;

- brak możliwości zamknięcia diagnostyki w sytuacji, kiedy pacjent np. w trakcie diagnostyki trafi na oddział szpitalny (nasz, bądź do obcej placówki), bądź nastąpi zgon pacjenta. Badania wykonywane w ramach diagnostyki onkologicznej są drogie (np. scyntygrafia); jeżeli nie zamkniemy etapu diagnostyki nie uzyskamy zapłaty z NFZ za diagnostykę;
- brak możliwości rozliczenia w pakiecie onkologicznym programów zdrowotnych (lekowych), będących częścią leczenia przeciwnowotworowego, wykonywanego zgodnie z planem leczenia ustalonym przez konsylium;
- brak przepisów uznających chemioterapię jako świadczenie bezlimitowe, pomimo iż jest to podstawowe leczenie onkologiczne (brak wydzielonej kwoty kontraktu na pakiet onkologiczny);
- brak możliwości rozliczenia leczenia w ramach pakietu onkologicznego w sytuacji niedotrzymania terminu z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy (np. z powodu niestawienia się na wyznaczony termin przyjęcia pacjenta do szpitala). [Dowód: akta kontroli str. 298-299]

Ustalono, iż ŚCO skierowało 11 pism dotyczących uwag i wątpliwości oraz propozycji zmian w pakiecie onkologicznym do Ministerstwa Zdrowia oraz 3 do Centrali NFZ.

Analiz treści ww. pism potwierdziła fakt wielokrotnego zgłaszania przez Centrum uwag dotyczących problemów z realizacją pakietu onkologicznego. [Dowód: akta kontroli str. 359-385]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

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

5.1. Obsługa kart DiLO w lecznictwie ambulatoryjnym i lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

ŚCO posiadało szpitalny system informatyczny CliniNET. Dostawca oprogramowania na początku grudnia 2014 r. udostępnił Centrum wersję 7.14.27 ww. systemu, zawierającą m.in. funkcję „Karta onkologiczna”, umożliwiającą wypełnianie w systemie szablonów zgodnych ze wzorem karty DiLO oraz wprowadzanie numeru karty DiLO w funkcji „Kodowanie”³⁰. Kolejne aktualizacje systemu skutkowały tym, iż stosowne pola w nim zawarte były modyfikowane i dostosowywane do wytycznych pakietu onkologicznego. [Dowód: akta kontroli str. 223-224]

W 2015 r. nie było przypadków odrzucenia przez NFZ z powodu błędów kart DiLO zgłoszonych przez ŚCO. [Dowód: akta kontroli str. 236]

Porównanie danych z 30 zamkniętych kart DiLO, zapisanych w systemie informatycznym ŚCO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że we wszystkich przypadkach:

- okres pomiędzy rozpoznaniem nowotworu złośliwego, a wypełnieniem karty DiLO nie przekroczył trzech dni;
- po zakończeniu leczenia onkologicznego karta DiLO została przekazana przez ŚCO do lekarza pierwszego kontaktu, tj. zgodnie z art. 32b ust. 3 ustawy o świadczeniach. [Dowód: akta kontroli str. 225-230]

³⁰ Funkcja „Kodowanie” była niezbędna do prawidłowego sprawozdawania danych statystycznych o świadczeniach wykonanych w ramach pakietu onkologicznego, a co za tym idzie ich rozliczania.

5.2. Zgłoszenia dla Krajowego Rejestru Nowotworów

Liczba Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (dalej: KZNZ) wprowadzonych przez ŚCO do Krajowego Rejestru Nowotworów (dalej: KRN) wyniosła: 9114 w 2014 r., 7975 w 2015 r. (w tym 5007 przez lekarzy w ramach DiLO) oraz 7297 w 2016 r. (w tym 4875 przez lekarzy w ramach DiLO).

Liczba KZNZ wprowadzonych do KRN w 2015 r. z datą rozpoznania w 2015 r. wyniosła 1706 (w tym 1349 przez lekarzy w ramach DiLO), a w kolejnym z datą rozpoznania w 2016 r. 604 (w tym 525 przez lekarzy w ramach DiLO). [Dowód: akta kontroli str. 231]

Liczba niepoprawnie zarejestrowanych KZNZ w KRN wyniosła 29 w 2015 r. (w tym 12 posiadało status „szkic”, a 17 status „do korekty”), a w kolejnym 50 (odpowiednio 20 i 30). [Dowód: akta kontroli str. 232]

Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w KZNZ zgłoszonych w poszczególnych latach okresu 2013-2016 wynosił odpowiednio: 89,8%, 99%, 99,6% oraz 99,7%. Odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu wynosił w poszczególnych latach ww. okresu odpowiednio: 83,2%, 83,5%, 82,8% oraz 80,6%. [Dowód: akta kontroli str. 233]

Oględziny 30 zamkniętych kart DiLO wykazały, że we wszystkich kartach wpisano numer KZNZ nadany przez KRN, tj. zgodnie z art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach. [Dowód: akta kontroli str. 225-230]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³¹, 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 Kielcach.

Kielce, dnia listopada 2016 r.

Kontroler:
Karol Pokora
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Dyrektor
Grzegorz Walendzik

.....
Podpis

.....
Podpis

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

