



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.018.03.2016
P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie
Trzebowniko 22, 36-001 Trzebowniko
T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06
lrz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego.

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie.

Kontroler Kontrolę przeprowadził, na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli¹,
Mariusz Twardowski – główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LRZ/129/2016
z dnia 27 października 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1 - 2)

Jednostka kontrolowana Szpital Wojewódzki im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, ul. Szpitalna 1, kod
pocztowy 39-400, nr statystyczny 000312573, zwany w dalszej części niniejszego
wystąpienia „Szpitalem”.

Kierownik jednostki
kontrolowanej Dyrektorem Szpitala jest od dnia 26 lutego 2014 r. Pan Wiktor Stasiak.

(dowód: akta kontroli str. 3 - 4)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że *Szpital* zapewnił wyposażenie w sprzęt medyczny zgodnie z warunkami określonymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³ oraz z umową z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – *Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna*. Stwierdzono, iż zasoby kadrowe Szpitala dla świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego były zgodne z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – *Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna*. W kontroli stwierdzono, iż w Szpitalu w 2015 roku pakietem onkologicznym objęto 148 pacjentów, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 47 pacjentów. Pacjentom tym wykonano 34 (w 2015 r.) i 20 (w 2016 r.) badań diagnostycznych. W 2015 r. średni czas oczekiwania na poradę w Poradni Onkologicznej pacjentów z kartą DiLO wynosił od 5 do 8 dni, natomiast w 2016 r. pacjenci oczekujący na wizytę z pakietu onkologicznego musieli oczekiwać od 4 do 6 dni. W Poradni Chirurgii Onkologicznej Szpitala w okresie objętym kontrolą pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się na wizytę. NIK stwierdza, iż spośród 30 pacjentów dla których karty DiLO wystawione zostały przez lekarzy POZ diagnostykę pogłębianą wykonano u 19 pacjentów. Nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy datami w indywidualnej dokumentacji pacjenta, a datami wskazanymi w karcie DiLO u pacjentów diagnozowanych w Szpitalu. Lekarze wykonujący/opisujący obrazowe badania diagnostyczne faktycznie pracowali w dniach wykonywania poszczególnych badań. Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż zasoby kadrowe i wyposażenie *Szpitala* były zgodne z określonymi w załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ oraz wymogami określonymi w załącznikach Nr 5, 7 i 12 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. W kontroli ustalono, iż w Szpitalu procedury postępowania i organizacji

¹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz Dz. U. z 2016 r., poz. 677).

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dz. U. z 2016 r., poz. 357.

⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 694.

udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostały określone Zarządzeniem Nr 5/2015 z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W Szpitalu stosownie do zapisów § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Zarządzeniem Nr 17/2015 z dnia 15 maja 2015 r. powołano Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny do spraw planowania oraz koordynacji leczenia onkologicznego, którego skład był zgodny z zapisami powyżej cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia. W kontroli ustalono, iż wszystkie osoby Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego (z wyłączeniem psychologa i fizjoterapeuty) brały udział w pracach konsylium. Stwierdzono, iż w Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu wg standardu akredytacyjnego, a obecny certyfikat akredytacyjny obowiązuje do dnia 25 sierpnia 2017 r. W kontroli ustalono, iż spośród wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w Szpitalu w okresie objętym kontrolą nowotwór złośliwy potwierdził się w 100% w lecznictwie szpitalnym (SZP). W 2014 r. w Szpitalu leczono 776 pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do pakietu onkologicznego, którym wykonano łącznie 482 badania diagnostyczne. W 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego leczono 48 pacjentów (którym wykonano 14 badań diagnostycznych), a w 2016 r. 106 pacjentów (którym wykonano 23 badania diagnostyczne). W wyniku analizy średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów onkologicznych na udzielenie świadczeń w Oddziale Onkologii Klinicznej w Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie zaobserwowano większych różnic czasowych w dostępie do świadczeń. W I kwartale 2015 r. pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia, natomiast w pozostałych kwartałach 2015 r. pacjenci z pakietu oczekiwali od 7 do 9 dni. W kontroli stwierdzono, iż podstawowe badania w zakresie histopatologii wykonywane były w funkcjonującej w Szpitalu Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, natomiast badania wysokospecjalistyczne wykonywane są przez obce ośrodki na podstawie zawartych umów. Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż spośród pacjentów leczonych w Szpitalu w okresie objętym kontrolą w związku z danym typem nowotworu, którym wykonano badania immunohistochemiczne lub molekularne, najwięcej przypadków nowotworu stanowił rak sutka który wystąpił u 170 pacjentek. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie odnotowano nadwykonań świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Wartość rozliczonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. wyniosła 727.225,6 zł, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 281.422,2 zł, co stanowiło za 2015 r. zaledwie 1,56% w stosunku do wartości kontraktu zawartego w AOS i Leczeniu Szpitalnym. Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż ogólnie koszty w okresie objętym kontrolą uległy nieznacznej zmianie. Szpital w związku m.in. z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją tzw. „pakietu onkologicznego” nie poniósł dodatkowych kosztów, a w związku z koniecznością powołania zespołu terapeutycznego (konsylium) oraz koordynatora poniósł w okresie objętym kontrolą koszty w wysokości 39.431,73 zł. Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż w Szpitalu nie zarejestrowano kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu błędów. Ustalono, iż w okresie objętym kontrolą przez lekarzy POZ wystawionych zostało 32 karty DiLO, z czego 30 kart nie zamkniętych. W kontroli stwierdzono, iż w Szpitalu wprowadzono do bazy KRN w 2015 r. 154 karty, z tego 142 karty wypełnione przez lekarzy ze wskazaną datą rozpoznania, odsetek potwierdzeń hist. pat wyniósł 34,4 %, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania TNM i stopniem wyniósł 90,3 %.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- nie przekazywania do NFZ co najmniej raz w tygodniu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, mimo wymogu wynikającego z art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych⁵,

- udzielaniu świadczeń 2 pacjentom (na 30 analizowanych kart DiLO) w ramach „pakietu onkologicznego”, w tym diagnostycznych z przekroczeniem 35 dni tj. terminu określonego w § 15 ust. 1 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ,
- rozpoczęcia leczenia po upływie 14 dni od daty konsylium (w przypadku 4 pacjentów na 18 którzy uczestniczyli w konsylium i rozpoczęli leczenie) tj. po upływie terminu określonego w § 4a pkt 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- nie zapewnienia udokumentowanego udziału w funkcjonującym w Szpitalu zespole prowadzącym leczenie pacjentów przez osobę prowadzącą fizjoterapię oraz psychologa (lub psychoonkologa), tj. niezgodnie z § 4a pkt 1 ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r,
- nie przekazania lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. lekarzowi POZ), jednej zamkniętej karty DiLO, mimo wymogu wynikającego z art. 32b ust. 3 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. oraz instrukcji zawartej w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁶
- nieumieszczeniu w 5 kartach DiLO - daty i w 13 kartach DiLO - numeru zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), spośród 30 zbadanych kart DiLO.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS).

1.1. Spełnianie przez Szpital w AOS wymogów realizacji pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych oględzin dla zakresów świadczeń realizowanych w ramach pakietu onkologicznego w Poradni Chirurgii Onkologicznej i Poradni Onkologicznej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, stwierdzono zgodność stanu faktycznego dotyczącego wyposażenia w sprzęt medyczny z warunkami opisanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z umową z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. Zasoby kadrowe Szpitala dla analizowanych dwóch zakresów świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego były zgodne z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - załączniki „Harmonogram zasoby”. W wyniku analizy harmonogramu prac badanych komórek organizacyjnych z miesięcy czerwiec 2015 r. i 2016 r., oraz listopad 2014 r. ustalono, że lekarze faktycznie pracowali w godzinach wykazanych do NFZ, a Szpital na bieżąco zgłaszał do NFZ zmiany w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 6 - 84)

W Szpitalu procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostały określone Zarządzeniem Nr 5/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zmienione Zarządzeniem Nr 17/2015 z dnia 15 maja 2016 r.).

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

⁶ Dz.U. poz. 1751.

(dowód: akta kontroli str. 85 - 92)

Szpital we własnym zakresie realizuje świadczenia diagnostyki tomografii komputerowej (TK), badań endoskopowych oraz podstawowych badań histopatologicznych. Szpital posiada w swej strukturze organizacyjnej Pracownię Tomografii Komputerowej, Pracownię Diagnostyki Endoskopowej oraz Pracownię Histopatologii i Cytodiagnostyki. Szpital zapewnia dostęp przez podwykonawców do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań histopatologicznych. Świadczenia finansowane są bezpośrednio w ramach zawartych umów z NFZ bądź (w przypadku świadczeń udzielanych przez podwykonawców) przez Szpital w ramach kwot zobowiązań wynikających z zawartych umów o *udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu leczenia szpitalnego*.

(dowód: akta kontroli str. 93 – 174, 190 - 205)

1.2. Realizacja pakietu onkologicznego w AOS.

W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. zostało wydanych 215 Kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) przez lekarzy AOS, z czego: 34 za I kw. 2015 r., 51 za II kw. 2015 r., 42 za III kw. 2015 r., 23 za IV kw. 2015 r., 24 za I kw. 2016 r., 27 za II kw. 2016 r. i 14 za okres od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. zostało wydanych 32 Karty DiLO przez lekarzy POZ, z czego: 10 za I kw. 2015 r., 9 za II kw. 2015 r., 2 za III kw. 2015 r., 4 za IV kw. 2015 r., 4 za I kw. 2016 r., 2 za II kw. 2016 r. i 1 za okres od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. Spośród 32 Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ, w 29 przypadkach podejrzenie nowotworu zostało potwierdzone.

Dyrektor Szpitala Zarządzeniem Nr 5/2015 z dnia 17 lutego 2015 r. określił kryteria medyczne dotyczące kolejności umieszczania pacjentów na liście oczekujących na udzielenie świadczenia onkologicznego. Szpital prowadzi odrębną listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych dla każdej komórki organizacyjnej.

Stosownie do zapisów art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, świadczeniodawca przekazuje, co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, obliczonym w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1. Analizą w zakresie przekazywania przez Szpital informacji dotyczących pierwszego wolnego terminu objęto miesiące: marzec oraz sierpień 2015 r. i 2016 r. w wyniku czego stwierdzono, iż Szpital nie przekazał do NFZ wszystkich wymaganych informacji za pomocą systemu AP-KOLCE w miesiącach marzec i sierpień 2015 r. dla Poradni Onkologicznej, oraz marzec 2016 r. dla Poradni Chirurgii Onkologicznej (poradnia ta rozpoczęła działalność 14 grudnia 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 85 – 92, 175 - 182)

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala stwierdził, iż Szpital przekazywał do OW NFZ informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia 1 raz w tygodniu (w ostatni dzień roboczy tygodnia). Pomimo zapowiedzi, system AP KOLCE nie zbierał danych od dnia 1.01.2015 roku – faktycznie zaczął działać w kontekście pierwszych wolnych terminów w kwietniu 2015 r. Wcześniej, a więc np. w marcu 2015 r. informacje o wolnych terminach były przesyłane do NFZ via email i nie ma ich udokumentowanych w AP KOLCE. W systemie nie zachowały się wszystkie informacje archiwalne o pierwszych wolnych terminach w Poradni Onkologicznej i Poradni Chirurgii Onkologicznej pomimo, iż były w każdy ostatni dzień

roboty tygodnia przekazywane do NFZ w Rzeszowie poprzez wpisanie w portalu AP Kolce lub via email.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

Zarządzeniem Nr 15/2005 z dnia 28 stycznia 2005 r. Dyrektor Szpitala powołał Komisję ds. Oceny Przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Skład Komisji był zgodny z zapisami art. 21 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Do zadań Komisji należało prowadzenie oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. Komisja ds. Oceny Przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w okresie objętym kontrolą analizowała kolejki oczekujących oraz sporządzała każdorazowo raport z oceny i przedstawiała go Dyrektorowi Szpitala.

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala stwierdził, iż zgodnie z art. 21 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z dnia 27 sierpnia 2004 r. listy oczekujących na udzielanie świadczenia podlegają okresowej kontroli, co najmniej 1 raz w miesiącu przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę. W Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu funkcjonuje Zespół Oceny Przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń, w składzie: mgr G.Z. – Pielęgniarka Naczelna, lek. med. Cz.P. – lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lek. med. W.Ś. – lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, A.K. – pielęgniarka. Do zadań Zespołu oceny Przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielanie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu na udzielanie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Zespół Oceny Przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala, powołany Zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu Nr 15/2005 z dnia 28.01.2005 r. Dokonuje on comiesięcznej oceny prowadzonych list oczekujących zgodnie z kryteriami określonymi w art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Komisja ta ocenia wszystkie kolejki oczekujących 1 raz w miesiącu.

(dowód: akta kontroli str. 176, 183 – 189, 206)

1.3. Dostęp do świadczeń w AOS.

W 2015 roku pakietem onkologicznym objęto 148 pacjentów, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 47 pacjentów. Pacjentom tym wykonano 34 (w 2015 r.) i 20 (w 2016 r.) badań diagnostycznych. W tym samym okresie w ramach umów objętych limitami leczono odpowiednio 6.435 pacjentów w 2015 r. i 4.138 pacjentów od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r., którym wykonano 3.112 w 2015 r. i 1.105 od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. badań diagnostycznych. Liczba pacjentów z rozpoznaniem C00-C97, z wyłączeniem C44; D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w 2014 r. wyniosła 5.692 u których wykonano 2.136 badań diagnostycznych. W związku z poszerzonym od 1 listopada 2015 r. zakresem chorób nowotworowych o rozpoznania: D33.0 – D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 w Szpitalu był diagnozowany i leczony jeden pacjent z rozpoznaniem D33.0.

(dowód: akta kontroli str. 207 - 208)

W Szpitalu nie funkcjonują Poradnie: Ginekologii Onkologicznej, Nefrologiczna, Pulmonologiczna, Endokrynologiczna, Urologiczna, Hematologiczna, Hematologiczna dla dzieci, Medycyny Nuklearnej, Onkologii i Hematologii dziecięcej, jak również Pracowni/Zakładu Medycyny Nuklearnej, Pracowni Pozytonowej Tomografii Emisyjnej, Pracowni Scyntygrafii, Pracowni Rezonansu Magnetycznego.

Komórki organizacyjne, które funkcjonują w Szpitalu to:

- Poradnia Onkologiczna w której udzielono w 2014 r. 6.573 porad, w 2015 r. 6.980 porad (w tym 37 porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 4.188 porad, (w tym 3 porady w ramach pakietu),
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej w której udzielono w 2015 r. 46 porad (brak porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 1.161 porad (w tym 45 porad w ramach pakietu),
- Poradnia Gastroenterologiczna w której udzielono w 2014 r. 2.015 porad, w 2015 r. 2.935 porad (brak porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 2.114 porad, (brak porad w ramach pakietu),
- Poradnia Ginekologiczna w której udzielono w 2014 r. 4.528 porad, w 2015 r. 4.145 porad (brak porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 2.604 porad, (brak porad w ramach pakietu),
- Poradnia Chirurgii Ogólnej w której udzielono w 2014 r. 4.699 porad, w 2015 r. 5.763 porad (brak porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 3.780 porad, (w tym 8 porad w ramach pakietu),
- Pracownia Tomografii Komputerowej w której udzielono w 2014 r. 1.034 porad, w 2015 r. 2.888 porad (w tym 35 porad w ramach pakietu) i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. 175 porad (w tym 6 porad w ramach pakietu).

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń na koniec poszczególnych kwartałów 2014 – 2016 roku w odniesieniu do przypadków pilnych i planowych oraz pakietu onkologicznego kształtował się następująco:

- w Poradni Onkologicznej w 2014 r. średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 0 dni. W 2015 r. średni czas oczekiwania na wizytę wzrósł w III kwartale w przypadku pilnym – 12 dni, w przypadku stabilnym – 13 dni, w IV kwartale w przypadku pilnym – 10 dni, w stabilnym – 13 dni. W 2015 r., średni czas oczekiwania na poradę pacjentów z kartą DiLO wynosił w I i II kwartale – 5 dni, w III kwartale – 8 dni, w IV kwartale – 6 dni. W 2016 r. średni czas oczekiwania na wizytę zmniejszył się w przypadkach pilnych w stosunku do 2015 r. i wynosił odpowiednio – I kwartał – 4 dni, II kwartał – 5 dni, natomiast przypadki stabilne w I i II kwartale utrzymują się na tym samym poziomie i wynoszą 13 dni. Pacjenci oczekujący na wizytę z pakietu onkologicznego w I kwartale 2016 r. musieli oczekiwać 6 dni, natomiast w II kwartale średni czas oczekiwania na wizytę zmniejszył się do 4 dni;
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej rozpoczęła swoją działalność od 14 grudnia 2015 r. Przypadki pilne przyjmowane były na bieżąco, natomiast w przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania na wizytę w IV kwartale 2015 r. wynosił 5 dni. Pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się na wizytę. W 2016 r. w przypadkach pilnych czas oczekiwania wynosił 0 dni zarówno w I jak i w II kwartale, natomiast przypadki stabilne w w/w kwartałach oczekiwały średnio 7 dni. Pacjenci z pakietu onkologicznego nie oczekiwali na wizytę, przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się do Poradni;
- w Poradni Gastroenterologicznej w 2014 r. w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania we wszystkich kwartałach wynosił 0 dni, natomiast w przypadkach stabilnych czas oczekiwania na poradę: w I kwartale wynosił 33 dni, w II kwartale 51 dni, w III kwartale 67 dni, w IV kwartale 72 dni. W 2015 r. w przypadkach pilnych także średni czas oczekiwania we wszystkich kwartałach wynosił 0 dni, w przypadkach stabilnych w I kwartale czas oczekiwania wynosił 60 dni, w II kwartale 29 dni, w III i IV kwartale 19 dni. Porównując do 2014 roku zaobserwowano, iż w I kwartale zwiększył się średni czas oczekiwania na poradę do 60 dni, natomiast w pozostałych kwartałach 2015 r. średni czas oczekiwania uległ zmniejszeniu. W 2016 r. przypadki pilne przyjmowane były na bieżąco, natomiast średni czas oczekiwania na poradę w przypadkach stabilnych kształtował się następująco: I kwartał – 27 dni, II kwartał – 38 dni. W stosunku do 2014 r. zaobserwowano skrócenie średniego czasu oczekiwania na poradę. Pacjenci z pakietu onkologicznego nie oczekiwali na wizytę, przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się do Poradni;

- w Poradni Ginekologicznej w 2014 r. w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania we wszystkich kwartałach wynosił 0 dni, w przypadkach stabilnych jedynie w I kwartale czas oczekiwania wynosił 7 dni, w pozostałych kwartałach 0 dni. W 2015 r. w przypadkach pilnych pacjentki przyjmowane były na bieżąco, natomiast w przypadkach stabilnych w I, III i IV kwartale średni czas oczekiwania wynosił 14 dni, w II kwartale 13 dni. W stosunku do 2014 r. czas oczekiwania na poradę wydłużył się. W 2016 r. średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych nadal wynosił 0, w przypadkach stabilnych w I kwartale 14 dni, w II kwartale 8 dni. W stosunku do 2014 r. zwiększył się średni czas oczekiwania na poradę. Pacjenci z pakietu onkologicznego nie oczekiwali na wizytę, przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się do Poradni;

- w Poradni Chirurgii Ogólnej w 2014 r. w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania wynosił 0 dni, w przypadkach stabilnych w I i II kwartale wynosił 0, natomiast w III i IV wynosił 7 dni. W 2015 roku jedynie w IV kwartale przypadek pilny na wizytę oczekiwał 1 dzień, w pozostałych kwartałach czas oczekiwania wynosił 0 dni. Przypadki stabilne na poradę oczekiwały w I kwartale – 4 dni, w II – 8 dni, w III – 19 dni, w IV – 3 dni. W stosunku do 2014 r. czas oczekiwania na poradę wzrósł. W 2016 roku przypadki pilne przyjmowane były w dniu zgłoszenia, natomiast przypadki stabilne oczekiwały w I kwartale 8 dni, w II kwartale 7 dni. W stosunku do 2014 r. zwiększył się czas oczekiwania na poradę. Pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się na wizytę;

- w Pracowni Tomografii Komputerowej w 2014 r. średni czas oczekiwania na badanie w przypadku pilnym wynosił odpowiednio: w I kwartale – 23 dni, w II – kwartale – 24 dni, w III kwartale – 29 dni, w IV kwartale – 33 dni. W przypadku stabilnym: w I kwartale – 86 dni, w II – kwartale – 94 dni, w III kwartale – 129 dni, w IV kwartale – 154 dni. W 2015 r. średni czas oczekiwania na badanie w przypadku pilnym wynosił odpowiednio: w I kwartale – 16 dni, w II – kwartale – 40 dni, w III kwartale – 39 dni, w IV kwartale – 7 dni. W przypadku stabilnym: w I kwartale – 75 dni, w II – kwartale – 87 dni, w III kwartale – 85 dni, w IV kwartale – 23 dni. W stosunku do 2014 r. w I i IV kwartale czas oczekiwania na świadczenie w przypadkach pilnych uległ zmniejszeniu, natomiast w II i III kwartale zwiększył się. Analizując przypadki stabilne zaobserwowano skrócenie czasu oczekiwania na badanie w każdym kwartale. W 2016 roku średni czas oczekiwania na badanie w przypadku pilnym wynosił odpowiednio: w I kwartale – 48 dni, w II – kwartale – 46 dni. W przypadku stabilnym: w I kwartale – 76 dni, w II – kwartale – 82 dni. Porównując do roku 2014 zaobserwowano wzrost czasu oczekiwania w przypadkach pilnych w I i II kwartale, natomiast tendencję spadkową w przypadkach stabilnych.

W Poradni Onkologicznej obserwuje się wzrost średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach umów określonych limitami w 2015 r. i 2016 r. w stosunku do 2014 r. Spowodowane to było zwiększoną ilością pacjentów i utworzeniem od 14 grudnia 2015 r. Poradni Chirurgii Onkologicznej, gdzie w związku z utworzeniem w/w poradni zmniejszyła się liczba etatów lekarskich w Poradni Onkologicznej o 2 etaty.

W Poradni Ginekologicznej obserwuje się również wzrost średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach umów określonych limitami w 2015 r. i 2016 r. w stosunku do 2014 r. Spowodowane było to zmniejszoną obsadą lekarską, a w związku z tym zmniejszoną ilością dni pracy poradni. W 2015 r. w okresie od 1 stycznia do 17 listopada Poradnia pracowała 4 razy w tygodniu, w 2016 r. od 5 kwietnia do 31 października Poradnia również czynna była 4 razy w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str. 209 - 213)

Zgodnie z §15 ust. 1 Zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r., świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej, *obowiązany jest wykonywać te świadczenia w terminach nieprzekraczających 35 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej, przy czym od dnia zapisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących, do dnia uzyskania porady początkowej*

rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni, 28 dni w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, a od roku 2016 termin wykonania wstępnej diagnostyki został skrócony do 28 dni.

W wyniku analizy 30 pacjentów, dla których karty DiLO wystawione zostały przez lekarzy POZ (24 – w 2015 r. oraz 6 – w 2016 r.), a następnie byli diagnozowani w ASO i SZP w Szpitalu stwierdzono, iż w przypadku 2 pacjentów (karty DiLO wydane w 2015 r.) świadczenia, w tym diagnostyczne udzielone pacjentom przez Szpital w ramach pakietu onkologicznego, zostały udzielone po terminie przewidzianym zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ (po upływie 35 dni tj. po upływie 46 i 129 dni). W żadnym analizowanym przypadku nie przekroczono terminu 14 dni od dnia zapisania na listę oczekujących, do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającą diagnostykę wstępną. Spośród 30 pacjentów dla których karty DiLO wystawione zostały przez lekarzy POZ diagnostykę pogłębioną wykonano u 19 pacjentów, w tym u 4 pacjentów z przekroczeniem 7 dni od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej do porady początkowej diagnostyki pogłębionej (od 13 do 21 dni). We wszystkich analizowanych przypadkach wykonano pogłębioną diagnostykę onkologiczną w terminie 28 dni.

W wyniku analizy 30 kart DiLO wydanych przez lekarzy POZ nie zaobserwowano rozbieżności pomiędzy datami w indywidualnej dokumentacji pacjenta a datami wskazanymi w karcie DiLO u pacjentów diagnozowanych w Szpitalu. Lekarze wykonujący/opisujący obrazowe badania diagnostyczne faktycznie pracowali w dniach wykonywania poszczególnych badań.

(dowód: akta kontroli str. 214 - 219)

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu dotyczącym niedotrzymania terminów określonych Zarządzeniem Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdził, iż przekroczenia te wystąpiły z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

*Ustalone
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości: Szpital wbrew zapisom art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie przekazywał informacji do NFZ o pierwszym wolnym terminie. Ponadto dwukrotnie nie dotrzymano terminu 35 dni na udzielenie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, tj. terminu wskazanego w § 15 ust. 1 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż w Szpitalu świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego są zgodne z warunkami opisanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z umową z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. Również zasoby kadrowe Szpitala w tym zakresie były zgodne z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - załączniki „Harmonogram zasoby”. W Szpitalu procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostały określone Zarządzeniem Nr 5/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W 2015 roku pakietem onkologicznym objęto 148 pacjentów, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 47 pacjentów. Pacjentom tym wykonano 34 (w 2015 r.) i 20 (w 2016 r.) badań diagnostycznych. W 2015 r. średni czas oczekiwania na poradę pacjentów z kartą DiLO wynosił od 5 do 8 dni. W 2016 r. pacjenci oczekujący na wizytę z pakietu onkologicznego musieli oczekiwać od 4 do 6 dni. Natomiast w Poradni Chirurgii Onkologicznej Szpitala

w okresie objętym kontrolą pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia się na wizytę. NIK stwierdza, iż spośród 30 pacjentów, dla których karty DiLO wystawione zostały przez lekarzy POZ w żadnym analizowanym przypadku nie przekroczono terminu 14 dni od dnia zapisania na listę oczekujących, do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającą diagnostykę wstępną. Spośród 30 pacjentów dla których karty DiLO wystawione zostały przez lekarzy POZ diagnostykę pogłębioną wykonano u 19 pacjentów, w tym u 4 pacjentów z przekroczeniem 7 dni od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej do porady początkowej diagnostyki pogłębionej (od 13 do 21 dni). Jednak we wszystkich analizowanych przypadkach wykonano pogłębioną diagnostykę onkologiczną w terminie 28 dni. Ponadto nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy datami w indywidualnej dokumentacji pacjenta, a datami wskazanymi w karcie DiLO u pacjentów diagnozowanych w Szpitalu. Lekarze wykonujący/opisujący obrazowe badania diagnostyczne faktycznie pracowali w dniach wykonywania poszczególnych badań.

2. Leczenie szpitalne

Opis stanu
faktycznego

2.1. Spełnianie przez Szpital w SZP (lecznictwo szpitalne) wymogów realizacji pakietu onkologicznego.

Zasoby kadrowe *Szpitala* oraz wyposażenie w sprzęt w Oddziale Onkologii Klinicznej i Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej były zgodne z wymaganiami określonymi w załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz wymogami określonymi w załącznikach Nr 5, 7 i 12 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 220 - 345)

W Szpitalu procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostały określone Zarządzeniem Nr 5/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zmienione Zarządzeniem Nr 17/2015 z dnia 15 maja 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 85 - 92)

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym.

W Szpitalu stosownie do zapisów § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dyrektor Szpitala Zarządzeniem Nr 17/2015 z dnia 15 maja 2015 r. powołał Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny do spraw planowania oraz koordynacji leczenia onkologicznego. Skład ww. Zespołu był zgodny z zapisami powyżej cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 85 - 92)

Dokonano analizy 30 losowo wybranych odpersonalizowanych Kart DiLO pacjentów leczonych w Szpitalu. Stwierdzono, iż wszystkie osoby Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego (z wyłączeniem psychologa i fizjoterapeuty) brały udział w pracach konsylium. Lekarze biorący udział w konsylium pracują w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, jedynie specjalista w zakresie radioterapii onkologicznej oraz specjaliści w zakresie chirurgii onkologicznej są zatrudnieni na umowę cywilno – prawną. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny każdorazowo określał sposób postępowania terapeutycznego. Głównym kryterium, którym kierowano się podczas umieszczania pacjentów na liście oczekujących na udzielenie świadczenia było nie przekraczanie terminu 14 dni od momentu zakończenia

konsylium do momentu rozpoczęcia leczenia. Na podstawie analizy kart DiLO oraz protokołów pokonsyliarnych, w 2015 r. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny przeprowadził konsultacje w ramach konsylium u 190 pacjentów: 130 pacjentów rozpoczęło leczenie przed upływem 14 dni od zakończenia konsylium, 15 pacjentów miało ustalony termin konsultacji przed rozpoczęciem radioterapii w ośrodku współpracującym w Rzeszowie. Terminy te nie przekraczały 14 dni od zakończenia konsylium, 13 pacjentów decyzją konsylium nie wymagało leczenia onkologicznego, 8 pacjentów nie zgłosiło się w wyznaczonym terminie, który nie przekraczał 14 dni od zakończenia konsylium, 6 pacjentów samodzielnie ustaliło termin rozpoczęcia leczenia w preferowanych ośrodkach, 5 pacjentów nie wyraziło zgody na leczenie pomimo wyznaczonych terminów. W przypadku 13 pacjentów termin rozpoczęcia leczenia był dłuższy niż 14 dni, ponieważ: w 3 przypadkach lekarze prowadzący sami ustalali terminy rozpoczęcia leczenia, w 2 przypadkach pomimo że rozpoczęcie leczenia było ustalone przez koordynatora przed upływem 14 dni zostało rozpoczęte po upływie 14 dni od konsylium, w 3 przypadkach podczas ustalania terminów z uwagi na dużą liczbę pacjentów nie można było ustalić terminów wcześniejszych niż przed upływem 14 dni od zakończenia konsylium, w 1 przypadku termin był ustalony przed upływem 14 jednak ośrodek współpracujący dwukrotnie przekładał termin realizacji, w 1 przypadku pomimo ustalenia terminu przed upływem 14 dni od zakończenia konsylium musiał zostać odłożony z powodu źle gojących się ran u pacjenta, w 3 przypadkach pacjenci decyzją konsylium przed rozpoczęciem leczenia musieli uzupełnić diagnostykę, co przedłużyło czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia: w 1 przypadku pacjent przed rozpoczęciem leczenia musiał mieć wykonane badanie PET -TK, niezbędne do rozpoczęcia leczenia w tego typu nowotworze, którego nie wykonujemy się w Szpitalu, w pozostałych 2 przypadkach niezbędne było wykluczenie rozsiewu nowotworowego tuż przed samym zabiegiem i konieczne było wykonanie badania TK. W 2016 roku do 31 sierpnia Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny przeprowadził konsultacje w ramach konsylium u 59 pacjentów, z czego: 12 pacjentów miało ustalony termin konsultacji przed rozpoczęciem radioterapii w ośrodku współpracującym w Rzeszowie, terminy te nie przekraczały 14 dni od zakończenia konsylium, 2 pacjentów decyzją konsylium nie wymagało leczenia onkologicznego, 6 pacjentów samodzielnie ustaliło termin rozpoczęcia leczenia w preferowanych ośrodkach, 1 pacjent nie wyraził zgody na leczenie pomimo wyznaczonego terminu, u 1 pacjenta termin rozpoczęcia leczenia był dłuższy niż 14 dni. Leczenie zostało rozpoczęte w 15 dniu od zakończenia konsylium, z uwagi na dużą liczbę pacjentów nie można było ustalić w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej wcześniejszego terminu rozpoczęcia leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 344 - 349)

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu dotyczącym udzielania świadczeń w terminie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących stwierdził, iż główną przyczyną było to, że podczas ustalania terminów z uwagi na dużą liczbę pacjentów nie można było ustalić terminów wcześniejszych niż przed upływem 14 dni od zakończenia konsylium. Ponadto wystąpiły przypadki, gdy pacjent nie zgłosił się w wyznaczonym terminie oraz ośrodek współpracujący dwa razy przekładał termin udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny każdorazowo wyznaczał koordynatora, do którego należało:

- przed planowanym konsylium: przygotowanie dokumentacji pacjentów zgłoszonych przez lekarzy do konsylium, poinformowanie pacjentów oraz lekarzy o dacie oraz godzinie konsylium, przygotowanie sali konsyliarnej, prowadzenie „zeszytu konsultacji onkologicznych”.
- po zakończonym konsylium: wprowadzenie w aplikacji DiLO danych pokonsyliarnych

w części „konsylium”, ustalanie dla każdego pacjenta terminów poszczególnych świadczeń zdrowotnych określonych przez konsylium w planie leczenia, poinformowanie pacjentów o terminach poszczególnych świadczeń, udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem, comiesięczne sprawozdania listy pacjentów uczestniczących w konsyliach do działu statystyki medycznej tego szpitala.

Na podstawie analizy 30 losowo wybranych kart DiLO pacjentów leczonych w Oddziale Onkologii Klinicznej Szpitala w latach 2015 - 2016 (do 31 sierpnia), stwierdzono, iż Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w każdym przypadku określał zarówno plan leczenia onkologicznego jak i harmonogram leczenia. Stwierdzono, że: w 1 przypadku pacjentka po przyjęciu do Oddziału Onkologii Klinicznej w terminie zgodnym z harmonogramem nie została zakwalifikowana do leczenia, w 2 przypadkach pacjenci rozpoczęli leczenie w innym terminie niż ujęty w harmonogramie (termin rozpoczęcia leczenia nie przekraczał 14 dni od daty zakończenia konsylium), w 2 przypadkach pacjenci zostali skierowani do leczenia w Oddziale Onkologii Klinicznej z innych ośrodków (konsylium w innym ośrodku). W pracach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego nie uczestniczył fizjoterapeuta oraz psycholog (psychoonkolog).

(dowód: akta kontroli str. 344 - 349)

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu dotyczącym braku zapewnienia udziału w pracach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego fizjoterapeuty oraz psychologa (psychoonkologa) stwierdził, iż w *pracach Wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego nie uczestniczył fizjoterapeuta oraz psycholog (psychoonkolog). Konsylia onkologiczne, na które byli kierowani pacjenci posiadający kartę DiLO zaczęły funkcjonować w Szpitalu Wojewódzkim w Tarnobrzegu od 17.02.2015 r. W dniu 12.01.2015 przeprowadzono pierwsze konsylium pacjentów onkologicznych (bez kart DiLO), w którym uczestniczyli: onkolog, chirurg – onkolog, radioterapeuta oraz psycholog. Z uwagi na to, że psycholog – psychoonkolog, jest zatrudniony w Centrum Onkologicznym w Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu na ½ etatu, zostało wówczas ustalone z członkami konsylium, że psycholog – psychoonkolog będzie uczestniczył w konsylium wtedy gdy będzie tego wymagał stan psychiczny pacjentów. Pacjenci kierowani na konsylium mają możliwość skorzystania z pomocy psychologa – psychoonkologa w dowolnym momencie leczenia. W Zarządzeniu Nr 5/2015 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu z dnia 17.02.2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty i leczenia onkologicznego DiLO powołując wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie uwzględniono psychologa, natomiast nie uwzględniono osoby prowadzącej fizjoterapię.*

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

Szpital zapewnia koordynację leczenia, w tym dostęp do świadczeń: chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym (umowa o współpracy z Kliniką Szpitala Wojewódzkim Nr 1 Im. Fryderyka Chopina, 35 – 055 Rzeszów Ul. Szopena 2.). W/w świadczenia są rozliczane z NFZ przez świadczeniodawcę udzielającego tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 344 - 349)

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu wg standardu akredytacyjnego, Szpital od 1999 r. posiada akredytację. Obecny certyfikat akredytacyjny obowiązuje do dnia 25 sierpnia 2017 r. (OP6). Na oddziałach zabiegowych obowiązuje *Procedura leczenia bólu pooperacyjnego*. W oddziałach Chirurgii Ogólnej

i Onkologicznej, Chirurgii Dziecięcej i Urazowej, Otolaryngologii, Położniczo – Ginekologicznym i Patologii Ciąży, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dokumentacja dotycząca zastosowania postępowania przeciwbólowego prowadzona jest w formie indywidualnej *Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego*. Natężenie bólu w w/w oddziałach ocenia się kilka razy w ciągu doby (tj. o godz. 08.00, 12.00, 16.00, 20.00, 0.00, 04.00) na podstawie skali numerycznej (NRS) lub skali wzrokowo – analogowej (VAS) i wpisuje się do *Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego*, którą dołącza się do historii choroby pacjenta. *Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego* podlegają kontroli raz na kwartał przez Zespół zadaniowy. W Szpitalu obowiązuje również *Procedura leczenia bólu przewlekłego*, która obejmuje oddziały zachowawcze, w tym Oddział Onkologii Klinicznej. Natężenie bólu ocenia się w skali numerycznej (NRS) lub skali wzrokowo – analogowej (VAS). Za dokonanie pomiaru i wpisanie natężenia bólu w karcie gorączkowej odpowiada pielęgniarka. Pomiar natężenia bólu dokonywane są dwukrotnie w ciągu doby tj. 1x rano i 1x wieczorem i wpisywane w „Karty gorączkowe”. Karty gorączkowe podlegają kontroli 2x do roku przez Zespół zadaniowy. Za nadzór i kontrolę prawidłowości prowadzenia leczenia bólu zarówno ostrego jak i przewlekłego odpowiadają Koordynatorzy Programu Leczenia Bólu Pooperacyjnego w Szpitalu. Szpital posiada aktualny Certyfikat *Szpitala bez bólu*.

Spośród wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. nowotwór złośliwy potwierdził się w 100% lecznictwie szpitalnym (SZP). Rozpoznany nowotwór złośliwy w AOS potwierdził się w 211 przypadkach na 214 pacjentów, (98,6%). Najniższy udział rozpoznań nowotworów stanowią pacjenci z POZ gdzie na 32 karty DiLO wydane w POZ – w 29 przypadkach potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego (90,6%).

(dowód: akta kontroli str. 344 – 354)

2.3. Dostęp do świadczeń w lecznictwie szpitalnym.

W 2014 r. w Szpitalu leczono 776 pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do pakietu onkologicznego, którym wykonano łącznie 482 badania diagnostyczne. W 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego leczono 48 pacjentów (którym wykonano 14 badań diagnostycznych), a w 2016 r. 106 pacjentów (którym wykonano 23 badania diagnostyczne). W 2015 r. w ramach umów objętych limitami leczono 885 pacjentów, którym wykonano 386 badań diagnostycznych, a w 2016 r. 509 pacjentów, którym wykonano 281 badań diagnostycznych. W związku z poszerzonym od 1 listopada 2015 r. zakresem chorób nowotworowych o rozpoznania: D33.0 – D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 w Szpitalu nie był diagnozowany i leczony żaden pacjent z ww. rozpoznaniami.

W Szpitalu funkcjonuje Oddział Onkologii Klinicznej i Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii. Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów onkologicznych na udzielenie świadczeń w Oddziale Onkologii Klinicznej w 2015 r. w porównaniu do 2014 r. na koniec I – go kwartału zwiększył się w stosunku do pacjentów stabilnych o 2 dni. W II – im kwartale zmniejszył się w przypadku stabilnym o 2 dni. Przypadki pilne utrzymywały się w tych kwartałach na tym samym poziomie. W III i IV kwartale 2015 r. zarówno oczekiwanie na przypadek pilny jak i planowy zmniejszył się w stosunku do 2014 r. W 2016 r. w I i II kwartale średni czas oczekiwania w stosunku do 2014 r. uległ zwiększeniu, przypadek pilny o 2 dni, przypadek stabilny w I kwartale o 2 dni, a w II kwartale o 1 dzień. Analizując średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów onkologicznych na udzielenie świadczeń w latach 2014 - 2016 (do 30 czerwca) nie zaobserwowano większych różnic czasowych w dostępie do świadczeń. W I kwartale 2015 r. pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia, natomiast pozostali pacjenci musieli oczekiwać na termin przyjęcia do szpitala w przypadku

pilnym – 3 dni, w przypadku planowym – 8 dni. W II kwartale 2015 r. pacjenci z pakietu oczekiwali 9 dni, natomiast pozostali pacjenci krócej, w przypadku pilnym 3 dni, w przypadku stabilnym 8 dni. W III kwartale 2015 r. pacjenci z kartą DiLO oczekiwali na hospitalizację 8 dni, w przypadku pilnym 1 dzień, w planowym 6 dni. W IV kwartale 2015 roku czas dla pacjentów oczekujących na hospitalizację z pakietu onkologicznego wynosił – 7 dni, dla przypadku pilnego – 3 dni, dla planowego – 6 dni.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów w przypadku pilnym na udzielenie świadczeń w 2015 r. i 2016 r. (do 30 czerwca) w porównaniu z 2014 rokiem na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii był we wszystkich kwartałach taki sam – pacjenci przyjmowani byli w dniu zgłoszenia. W przypadku stabilnym kształtował się następująco: w I kwartale 2015 r. wzrósł o 12 dni w porównaniu do 2014 r., w II kwartale wzrósł o 10 dni, w III kwartale zmniejszył się o 5 dni a w IV kwartale wydłużył się o 2 dni. W 2016 r. (do 30 czerwca) w porównaniu do 2014 r. średni czas oczekiwania w przypadku planowym wzrósł w I kwartale o 23 dni, w II kwartale o 16 dni.

(dowód: akta kontroli str. 208, 355-356)

Analizą objęto 30 pacjentów, którym Karty DiLO zostały wystawione przez lekarzy POZ, a następnie byli diagnozowani i leczeni w komórkach Szpitala udzielającego świadczeń AOS i SZP. Stwierdzono, iż żaden pacjent nie był wpisany na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne. Na 30 analizowanych kart DiLO 18 pacjentów po konsultacji na konsylium rozpoczęło leczenie w Szpitalu. W przypadku 4 pacjentów z 18 uczestniczących w konsylium przekroczone 14 dni pomiędzy datą konsylium, a datą rozpoczęcia leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 357 - 361)

Treść § 4a pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego stanowi m.in, że świadczeniodawca udzielających świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, powinien zapewniać podjęcie leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniodawcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala stwierdził, że *4 pacjentów przekroczyło 14 dni pomiędzy datą konsylium a datą rozpoczęcia leczenia. W dwóch przypadkach podczas ustalania terminów z uwagi na dużą liczbę pacjentów nie można było ustalić terminów wcześniejszych niż przed upływem 14 dni od zakończenia konsylium. W jednym przypadku termin był ustalony przed upływem 14 jednak ośrodek współpracujący dwa razy przekładał termin. W jednym przypadku, pacjent nie zgłosił się w wyznaczonym terminie, który nie przekraczał 14 dni od zakończenia konsylium.*

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

Pozostałych 14 pacjentów rozpoczęło leczenie przed upływem 14 dni od daty konsylium. W 2 przypadkach pacjenci rozpoczęli leczenie w Szpitalu nie uczestnicząc w posiedzeniu konsylium Szpitala. Jedna pacjentka była diagnozowana i zoperowana w innym ośrodku, w do Szpitala zgłosiła się jedynie do leczenia chemioterapeutycznego paliatywnego. Jeden pacjent zgłosił się do Szpitala na diagnostykę wstępną, a następnie na leczenia szpitalne, celem wykonania zabiegu operacyjnego. W jednym przypadku pacjent po ustaleniu planu leczenia na konsylium nie zgłosił się do Szpitala na leczenie. W wyniku porównania danych z kart DiLO z indywidualną dokumentacją pacjenta, zaobserwowano, że na 18 leczonych pacjentów, którzy mieli ustalony termin rozpoczęcia leczenia szpitalnego w 2 przypadkach termin uległ zmianie. Zmiana terminu nie była zależna od świadczeniodawcy a wystąpiła z winy pacjenta. W 2 przypadkach termin przyjęcia do leczenia szpitalnego skrócił się o 1 dzień. Ponadto 1 pacjent nie uczestniczył na posiedzeniu konsylium w Szpitalu, a jedynie według

indywidualnej dokumentacji medycznej rozpoczął leczenie w Szpitalu. Ponadto 1 pacjent zgłosił się tylko do Szpitala na leczenia szpitalne, celem wykonania zabiegu operacyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 357 - 361)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie, Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła nieprawidłowości polegające na: rozpoczęciu leczenia po upływie 14 dni od daty konsylium oraz nie zapewnieniu uczestniczenia w pracach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego do spraw planowania oraz koordynacji leczenia onkologicznego funkcjonującego w Szpitalu fizjoterapeuty oraz psychologa (psychoonkologa).

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż zasoby kadrowe Szpitala oraz wyposażenie w sprzęt były zgodne z wymaganiami określonymi w załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz wymogami określonymi w załącznikach Nr 5, 7 i 12 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. W Szpitalu procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostały określone Zarządzeniem Nr 5/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W Szpitalu stosownie do zapisów § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dyrektor Szpitala Zarządzeniem Nr 17/2015 z dnia 15 maja 2015 r. powołał Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny do spraw planowania oraz koordynacji leczenia onkologicznego, którego skład był zgodny z zapisami powyżej cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia. W kontroli stwierdzono, iż wszystkie osoby Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego (z wyłączeniem psychologa i fizjoterapeuty) brały udział w pracach konsylium. Ustalono, iż w Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu wg standardu akredytacyjnego, Szpital od 1999 r. posiada akredytację, a obecny certyfikat akredytacyjny obowiązuje do dnia 25 sierpnia 2017 r. (OP6). Spośród wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. nowotwór złośliwy potwierdził się w 100% lecznictwie szpitalnym (SZP). Rozpoznany nowotwór złośliwy w AOS potwierdził się w 211 przypadkach na 214 pacjentów, (98,6%). Najniższy udział rozpoznań nowotworów stanowią pacjenci z POZ gdzie na 32 karty DiLO wydane w POZ – w 29 przypadkach potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego (90,6%). W 2014 r. w Szpitalu leczono 776 pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do pakietu onkologicznego, którym wykonano łącznie 482 badania diagnostyczne. W 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego leczono 48 pacjentów (którym wykonano 14 badań diagnostycznych), a w 2016 r. 106 pacjentów (którym wykonano 23 badania diagnostyczne). W wyniku analizy średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów onkologicznych na udzielenie świadczeń w Oddziale Onkologii Klinicznej w Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie zaobserwowano większych różnic czasowych w dostępie do świadczeń. W I kwartale 2015 r. pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli w dniu zgłoszenia, natomiast w pozostałych kwartałach 2015 r. pacjenci z pakietu oczekiwali od 7 do 9 dni. W wyniku analizy 30 pacjentów, którym Karty DiLO zostały wystawione przez lekarzy POZ, a następnie byli diagnozowani i leczeni w komórkach Szpitala udzielającego świadczeń AOS i SZP stwierdzono, iż żaden pacjent nie był wpisany na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne, a 18 pacjentów po konsultacji na konsylium rozpoczęło leczenie w Szpitalu.

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

Podstawowe badania w zakresie histopatologii wykonywane są w funkcjonującej w Szpitalu Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, natomiast badania wysokospecjalistyczne wykonywane są przez niżej wymienione ośrodki na podstawie zawartych umów z: Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie ul. Rycerska 2, 35-241 Rzeszów, ALAB Laboratoria Sp. z o. o. ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa, Klinicznym Szpitalem Wojewódzkim Nr 1 Im. Fryderyka Chopina, ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów, Szpitalem Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie ul. Lwowska 60, 35 – 301 Rzeszów, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie ul. Wawelska 15 b, 02-034 Warszawa Oddział Kraków ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków. Koszt w/w badań pokrywany jest ze środków własnych Szpitala. Koszt badań histopatologicznych wynosił 30 zł, a koszt badań immunohistochemicznych 70 zł za jedno badanie (umowa nr 5/Sz/2015/16 z Szpitalem Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie).

Analizując liczbę pacjentów leczonych w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. w związku z danym typem nowotworu, którym wykonano badania immunohistochemiczne lub molekularne zauważono, iż najczęściej przypadków nowotworu stanowi rak sutka. Wśród 170 przypadków zachorowań na raka sutka w 52 przypadkach określono III i IV st. zaawansowania choroby. Na 170 pacjentów z rakiem sutka wykonano 73 badań immunohistochemicznych, w tym u siedmiu potwierdzono III i IV stopień zaawansowania. Badań molekularnych nie wykonano. Drugi co do wielkości typ nowotworu to rak jelita grubego – ogółem 120 przypadki, w tym 85 przypadków to III i IV stopień. W tej grupie wykonano 9 badań immunohistochemicznych, w tym 2 badania to III i IV stopień zaawansowania. Badań molekularnych w tym typie nowotworu wykonano 8, w tym stopień III i IV. Trzeci najczęściej występujący nowotwór w Szpitalu to niedrobnokomórkowy rak płuca (NSCLC), który wystąpił w 75 przypadkach, w tym stopień III i IV - 55 przypadków. Nie wykonano badań immunohistochemicznych, ani molekularnych. Czwarty najczęściej występujący nowotwór w Szpitalu to rak żołądka, który wystąpił w 32 przypadkach, w tym 16 przypadków to III i IV stopień zaawansowania. Pacjentom tym wykonano 7 badań immunohistochemicznych, w tym u 2 stwierdzono III i IV stopień zaawansowania. Badań molekularnych nie wykonano. Chłoniak niezziarniczny z komórek szeregu B wystąpił u 17 pacjentów, w tym stopień III i IV w 5 przypadkach, którym wykonano 18 badań immunohistochemicznych. Badań molekularnych nie wykonano. Czerniaka wykryto u 8 pacjentów, w tym stopień III i IV, u których wykonano 8 badań immunohistochemicznych. Badań molekularnych nie wykonano. Najmniejszą grupę stanowią nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) które wystąpiły w 5 przypadkach, w tym w 3 przypadkach stopnia III i IV, u których wykonano 5 badań immunohistochemicznych. Badań molekularnych nie wykonano. W Szpitalu nie stwierdzono występowania włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP).

Szczegółowej analizie poddano 54 historii chorób pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. We wszystkich przypadkach przeprowadzono badania na oznaczenie ekspresji receptorów HER-2. W 36 przypadkach wynik przeprowadzonego badania był ujemny. W 2 przypadkach uzyskano wynik niejednoznaczny HER 2++ i u tych pacjentek wykonano dalsze pogłębione badania diagnostyczne (FISH). W 15 przypadkach wynik badania IHC

oznaczono jako HER2 (+++). Dwanaście pacjentek z wynikiem HER-2 (+++) miało zleconą terapię spersonalizowaną, a w przypadku 3 pacjentek zastosowano terapię standardową.

(dowód: akta kontroli str. 105-145, 160 – 174, 362 - 366)

Pani Iwona Drab – Mazur – Kierownik Centrum Onkologicznego Szpitala stwierdziła, iż *2 pacjentki nie spełniały kryteriów włączenia do programu lekowego pt. " Leczenie raka piersi", a 1 pacjentka nie wyraziła zgody na leczenie spersonalizowane.*

(dowód: akta kontroli str. 364)

Szpital prowadzi rejestr Zdarzeń Niepożądanych, w tym także reoperacji w ramach standardu akredytacyjnego *Poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta*. Do 31 sierpnia 2016 r. w rejestrze nie było zgłoszonych reoperacji u pacjentów hospitalizowanych, u których wykonywane były zabiegi operacyjne onkologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 367)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie, Najwyższa Izba Kontroli nie stwierdziła nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W kontroli stwierdzono, iż podstawowe badania w zakresie histopatologii wykonywane są w funkcjonującej w Szpitalu Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, natomiast badania wysokospecjalistyczne wykonywane są przez obce ośrodki na podstawie zawartych umów. Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż spośród pacjentów leczonych w Szpitalu w okresie objętym kontrolą w związku z danym typem nowotworu, którym wykonano badania immunohistochemiczne lub molekularne, najwięcej przypadków nowotworu stanowi rak sutka który wystąpił u 170 pacjentek. Kolejny co do wielkości typ nowotworu stwierdzony w Szpitalu to rak jelita grubego stwierdzony w 120 przypadkach. Niedrobnokomórkowy rak płuca (NSCLC), wystąpił w 75 przypadkach, rak żołądka wystąpił w 32 przypadkach, chłoniak niezziarniczny z komórek szeregu B wystąpił u 17 pacjentów. Ponadto czerniaka wykryto u 8 pacjentów, Najmniejszą grupę stanowiły nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) które wystąpiły w 5 przypadkach, W Szpitalu nie stwierdzono występowania włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP). W kontroli ustalono, iż Szpital prowadzi rejestr Zdarzeń Niepożądanych, w tym także reoperacji w ramach standardu akredytacyjnego *Poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta*, jednak w rejestrze nie było zgłoszonych reoperacji u pacjentów hospitalizowanych, u których wykonywane były zabiegi operacyjne onkologiczne.

4. Rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz sytuacja finansowa świadczeniodawców po wprowadzeniu „pakietu onkologicznego” (AOS i SZP).

Opis stanu
faktycznego

Umowy (z uwzględnieniem aneksów) zawarte na 2014 r. objęte limitami wyniosły 43.359.718 zł. Wykonane i rozliczone z NFZ umowy w całym 2014 r. objętych limitami wyniosły 43.269.861,56 zł. Umowy (z uwzględnieniem aneksów) zawarte na cały 2015 r. objęte limitami stanowiły kwotę 46.510.855 zł. Wykonane i rozliczone z NFZ umowy objęte limitami w 2015 r. stanowiły kwotę 46.491.939 zł. Świadczenia wykonane i rozliczone z NFZ w ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. stanowiły kwotę 727.225,60 zł. Umowy (z uwzględnieniem aneksów) zawartych na cały 2016 r. objętych limitami wyniosły 43.952.034 zł. Wartość świadczeń wykonanych i rozliczonych z NFZ w ramach pakietu onkologicznego w 2016 r. (do

31 sierpnia) wyniosły 29.132.366 zł. Świadczenia wykonane i rozliczone z NFZ w ramach pakietu onkologicznego w 2016 r. (do 31 sierpnia) wyniosły 2.814.222 zł. Analizując umowy podpisane z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych objętych limitami w lecznictwie szpitalnym i AOS zauważa się wzrost kwoty kontraktu w latach 2015 – 2016 w stosunku do 2014 r. Znaczną różnicę obserwuje się w 2015 r. (wzrost o 3.151.136,8 zł), co spowodowane było zakontraktowaniem przez Szpital Oddziału Chirurgii Szczękowo – Twarzowej. Od 22 grudnia 2014 roku rozpoczęła działalność Poradnia Okulistyczna, a w grudniu 2015 r. powstały 3 nowe komórki (Poradnia Neurologiczna, Poradnia Leczenia Bólu, Poradnia Chirurgii Onkologicznej). W 2015 r. w świadczeniach AOS zakontraktowano dodatkowy zakres świadczeń – świadczenia pierwszorazowe. Wpływ na różnicę między 2015 r. a 2014 r. miało również zwiększenie kwoty kontraktu na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii o 1.256.424 zł.

W wielu rodzajach świadczeń pakiet onkologiczny nie był realizowany, a tym samym rozliczany z NFZ. Wynikało to z braku pacjentów kwalifikujących się do wystawiania karty DiLO. Do świadczeń tych należały: Świadczenia w Zakresie Gastroenterologii – Diagnostyka Onkologiczna, Świadczenia w Zakresie Neurologii – Diagnostyka Onkologiczna, Świadczenia w Zakresie Położnictwa i Ginekologii – Diagnostyka Onkologiczna, Świadczenia w Zakresie Chirurgii Dziecięcej – Diagnostyka Onkologiczna, Świadczenia w Zakresie Okulistyki – Diagnostyka Onkologiczna, Chirurgia Dziecięca – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, Chirurgia Szczękowo – Twarzowa – Hospitalizacja Planowa – Pakiet Onkologiczny, Okulistyka – Hospitalizacja Pakiet Onkologiczny. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. r. nie odnotowano nadwykonań świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Wartość rozliczonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. wyniosła 727.225,6 zł, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 281.422,2 zł, co stanowiło za 2015 r. 1,56% w stosunku do wartości kontraktu zawartego w AOS i Leczeniu Szpitalnym.

Zaobserwowano natomiast wykonanie zwiększonej ilości świadczeń objętych limitami w komórkach, w których leczeni i diagnozowani byli pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym. Wysokość zakontraktowanych świadczeń w 2015 r. w stosunku do świadczeń w 2014 r. wzrosła w zakresach: Świadczenia zabiegowe w gastroenterologii (o 680 zł), Świadczenia w zakresie onkologii (o 15.190 zł), Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (o 7.454,5 zł), Świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (o 3.221,5 zł), Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej (o 24.119,8 zł), Świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej (o 11.454 zł), Świadczenia w zakresie otolaryngologii (o 37.270,8 zł), Świadczenia zabiegowe w otolaryngologii (o 3.183,6 zł), Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej (o 3.850,5 zł), Świadczenia zabiegowe w chirurgii dziecięcej (o 2.924 zł), Świadczenia w zakresie chirurgii szczękowej (o 17.604,2 zł), Świadczenia zabiegowe w chirurgii szczękowo - twarzowej (o 10.388,8 zł).

W leczeniu szpitalnym w stosunku do 2014 r. w 2015 r. wystąpił wzrost wartości umów w oddziałach gdzie leczeni byli pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym. Wzrost kwoty kontraktu świadczeń limitowanych zaobserwowano w świadczeniach: Onkologia Kliniczna Hospitalizacja (o 62.348 zł), Chirurgia Ogólna – Hospitalizacja (o 214.604 zł), Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu – Hospitalizacja (o 155.896 zł), Okulistyka – Hospitalizacja (148.408 zł). W komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, w których realizowany był pakiet onkologiczny wynik finansowy w 2014 r. zamknął się stratą (-) 5.536.191,24 zł, w 2015 r. również zamknął się stratą (-) 6.428.093,77 zł, a za okres od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. zamknął się stratą (-) 4.716.003,01 zł.

W latach 2014 – 2016 (do 31 sierpnia) wystąpiły zmiany zatrudnienia w oddziałach i poradniach, w których był realizowany pakiet onkologiczny:

- Centrum Onkologii Klinicznej – zwiększenie zatrudnienia w 2016 r. w stosunku do 2014 r. nastąpiło w związku ze zwiększeniem pacjentów hospitalizowanych na tym oddziale,

zatrudnienie w XII 2014r. wynosiło 26,06 etatów, w XII 2015r. - 27,52 etatów, natomiast w VIII 2016r. – 28,96 etatów,

- Oddział Położniczo – Ginekologiczny i Patologii Ciąży – spadek zatrudnienia w 2016 r. w stosunku do 2015 r. był efektem zmniejszenia liczby łóżek w oddziale i rozwiązania umów o pracę przez położne oraz przeniesienia z oddziału salowych do Działu Higieny, zatrudnienie w XII 2014r. wynosiło 50,86 etatów, w XII 2015r. -50,76 etatów, natomiast w VIII 2016r. – 40,79 etatów,

- Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej – wzrost zatrudnienia w 2015 r. w stosunku do 2014 r. był efektem zatrudnienia lekarzy rezydentów, a zmniejszenie zatrudnienia w VIII 2016 r. w stosunku do 2015 r. wynikało z przejścia pielęgniarek na urlopy wychowawcze oraz rozwiązaniem umowy przez sanitariusza, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 34,15 etatów, w XII 2015r. – 37,26 etatów, natomiast w VIII 2016r. – 34,26 etatów,

- Oddział Chirurgii Dziecięcej i Urazowej – zmniejszenie zatrudnienia w 2016 r. w stosunku do 2015 r. było efektem zmniejszenia liczby łóżek na tym oddziale, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 19,53 etatów, w XII 2015 r. i w VIII 2016 r. – 17,53 etatów,

- Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – zwiększenie zatrudnienia w 2015 r. w stosunku do roku 2014 było wynikiem zatrudnienia lekarzy rezydentów, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 33,42 etatów, w XII 2015 r. – 37,42 etatów, natomiast w VIII 2016 r. – 38,02 etatów,

- Oddział Okulistyczny – wzrost zatrudnienia w 2016 był spowodowany zwiększeniem udzielanych świadczeń, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 13,65 etatów, w XII 2015 r. – 13,43 etatów, natomiast w VIII 2016 r. – 15,43 etatów,

- Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo – Twarzowej – wzrost zatrudnienia w 2016 r. był wynikiem utworzenia pododdziału chirurgii szcękowo – twarzowej, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 19,21 etatów, w XII 2015 r. – 19,07 etatów, natomiast w VIII 2016 r. – 21,25 etatów.

- Poradnia Gastroenterologiczna – wzrost zatrudnienia w latach 2015 i 2016 w stosunku do 2014 r. był efektem zatrudnienia na część etatu lekarza udzielającego świadczeń, zatrudnienie w XII 2014r. wynosiło 0,32 etatów, w XII 2015r. i w VIII 2016r. – 0,52 etatów,

- Poradnia Onkologiczna – zwiększenie zatrudnienia związane było ze wzrostem udzielanych świadczeń, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 1,94 etatów, w XII 2015 r. i w VIII 2016 r. – 2,64 etatów,

- Poradnia dla Kobiet – spadek zatrudnienia był efektem zmniejszenia ilości lekarzy udzielających świadczeń, zatrudnienie w XII 2014 r. wynosiło 1,74 etatów, w XII 2015 r. – 1,64 etatów, natomiast w VIII 2016 r. – 1,61 etatów,

- Poradnia Chirurgii Ogólnej – zatrudnienie w latach 2014 do VIII 2016 utrzymywało się na jednakowym poziomie tj. w wysokości 1,60 etatu,

- Poradnia Chirurgii Dziecięcej - zatrudnienie w latach 2014 do VIII 2016 utrzymywało się na jednakowym poziomie tj. w wysokości 0,97 etatu,

- Poradnia Chirurgii Onkologicznej została utworzona w 2015 r. wysokość zatrudnienia wynosiła 0,64 etatu, które utrzymywało się na takim samym poziomie w VIII 2016r,

- Poradnia Okulistyczna - zatrudnienie w latach 2014 do VIII 2016 utrzymywało się na jednakowym poziomie tj. w wysokości 0,52 etatu,

- Poradnia Otolaryngologiczna – zatrudnienie w latach 2014 - 2015 wynosiło – 1,08 etatu, natomiast w VIII 2016 r. – 0,91 etatu, zmniejszenie zatrudnienia wynikało z faktu rozwiązania umowy o pracę przez lekarza udzielającego świadczeń,

- Poradnia Chirurgii Szczękowo – Twarzowej – w latach 2014 do VIII 2016 zatrudnienie utrzymywało się na jednakowym poziomie i wynosiło 0,53 etatu.

W wyniku analizy dynamiki kosztów, która zawiera wybrane rodzaje kosztów tj. leki, materiały medyczne, zakup procedur medycznych, wynagrodzenia, pozostałe koszty bezpośrednie, koszty pośrednie, koszty procedur medycznych – zakład diagnostyki obrazowej, zakład patomorfologii, pozostałe procedury medyczne oraz koszty ogólnego zarządu, stwierdzono, iż ogólnie koszty na przestrzeni lat 2014 - 2016 uległy nieznacznej zmianie. W 2015 r. koszty były wyższe o 7,42% tj. o 2.789 tys. zł w stosunku do 2014 r. Natomiast porównując 2016 r. do 2015 r. można zauważyć tendencję spadkową kosztów, średnio o 2,57%. Przyrost kosztów w 2015 r. w głównej mierze jest wynikiem należnych pracownikom podwyżek (bez lekarzy) na mocy porozumienia płacowego z 2014 r., co także miało wpływ na wzrost o 15,03% tj. o 430 tys. zł kosztów pośrednich. Na wzrost kosztów pośrednich miała także wpływ zmiana sposobu podziału kosztów niektórych komórek tj. izby przyjęć i działu higieny. Pierwotnie koszty izby przyjęć rozliczane były w równych częściach na komórki, a obecnie rozliczane są wg iloczynu procentowego nakładu pracy pracowników izby przyjęć i ilości przyjętych pacjentów. W 2014 r koszty działu higieny rozliczane były wg powierzchni sprzątej, a od 2015 r. koszty rozliczane były wg liczby osobogodzin osób sprząających. Natomiast wzrost kosztów pracowni histopatologicznej przekłada się na wzrost kosztów wykonanych procedur o 22,7% tj. o 108 tys. zł. W przypadku zakupionych (obcych) procedur medycznych odnotowano wzrost o 6,63% tj. o 67 tys. zł. Na wzrost wpłynęła zwiększona ilość badań laboratoryjnych. Zwiększenie poziomu pozostałych kosztów bezpośrednich w 2015 r. w stosunku do 2014 r. jest również rezultatem uruchomienia nowych poradni: okulistycznej od grudnia 2014 r., neurologicznej i chirurgii onkologicznej od grudnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 368 - 378)

W Szpitalu w księgach rachunkowych prowadzona jest ewidencja przychodów i kosztów rodzajowych według miejsc ich powstawania czyli według komórek organizacyjnych (oddziały, poradnie), bez podziału na pojedynczego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 379)

W ramach pakietu onkologicznego za 2015 r. i od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. zostały rozliczone przez NFZ następujące badania diagnostyczne: RTG - 578,13 zł za 2015 r., 412,80 zł za 2016 r., USG - 597,55 zł i 352,30 zł., TK – 5.295,16 zł, i 3.277,63 zł., RM – 1.020,00 zł i 600,00 zł, mammograf - 159,72 zł i 79,51 zł., scyntygrafia - 560,00 zł. (za 2015 r.), PET - 3.300,00 zł (za 2015 r.), badanie endoskopowe - 27,59 zł (za 2016 r.), badania histopatologiczne i biopsje - 30,00 zł i 211,80 zł, badania laboratoryjne - 694,00 zł i 65,00 zł.

Badania diagnostyczne zostały wycenione:

- RTG, USG, TK, mammografia, badania histopatologiczne i endoskopowe na podstawie kosztu normatywnego procedury medycznej czyli kosztów nakładów materiałowych i osobowych bez narzutu kosztów ogólnego zarządu,
- RM, scyntygrafia, PET, oraz badania laboratoryjne na podstawie cennika z umowy z podwykonawcą.

(dowód: akta kontroli str. 368 - 378)

W wyniku analizy 72 pacjentów którzy w okresie od 1 stycznia 2015 do 31 sierpnia 2016 r. uzyskali świadczenia w ramach pakietu onkologicznego stwierdzono, iż w 7 przypadkach wykonano dodatkowe badania rozliczone w ramach umów limitowanych. W 2015 r. dotyczyło to 6 pacjentów, a w 2016 r. 1 pacjenta. Dodatkowe wizyty zabiegowe (a nie uzupełniające diagnostykę) miało wykonane w trakcie trwania diagnostyki wstępnej i pogłębionej 3 pacjentów, również u 3 zlecono dodatkowe badania po Konsylium natomiast, a u 1 pacjenta

wykonano badania po zakończeniu diagnostyki pogłębionej, a przed posiedzeniem Konsylium. Wszyscy ww. pacjenci zostali rozliczeni z NFZ według obowiązujących grup JGP (W13, Z90, Z102, Z103). Hospitalizowanych w Szpitalu przed wydaniem karty DiLO był 4 pacjentów, którzy częściowo mieli wykonane badania w kierunku stwierdzenia nowotworu. Pacjenci na dodatkowe badania byli przyjmowani jako pacjenci pilni. Ponadto w 1 przypadku pacjent oczekujący na badania po zakończeniu diagnostyki pogłębionej, a przed posiedzeniem Konsylium był diagnozowany podczas hospitalizacji na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (pobyt na oddziale Chirurgii nie dotyczył diagnostyki związanej z rozpoznaniem onkologicznym, był to pobyt leczniczy).

(dowód: akta kontroli str. 380)

W Szpitalu nie wystąpiły przypadki wskazujące na potrzebę rozliczenia więcej niż jednego pakietu wstępnej/pogłębionej diagnostyki onkologicznej, choć wydano tylko jedną Kartę DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 379)

W wyniku analizy protokołów pokonsyliarnych, spośród wszystkich pacjentów kierowanych na konsylium w okresie od 17 lutego 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. (na konsylium było skierowanych 258 pacjentów) 49 pacjentów nie miało pełnej diagnostyki pozwalającej na określenie sposobu postępowania terapeutycznego z czego: 1 pacjent został odesłany do ponownego konsylium po uzupełnieniu diagnostyki jednak nie zgłosił się, 23 pacjentów zostało przekierowanych do ponownego konsylium po uprzednim uzupełnieniu diagnostyki, 3 pacjentów zostało skierowanych do ponownego konsylium w następnym terminie ponieważ oczekiwali na wynik, 11 pacjentów zostało po odbytym konsylium a przed rozpoczęciem leczenia skierowanych ponownie do uzupełnienia diagnostyki niezbędnej do rozpoczęcia leczenia, 6 pacjentów zostało po odbytym konsylium a przed rozpoczęciem leczenia skierowanych na konsultację kardiologiczną, 5 pacjentów po odbytym konsylium w dniu rozpoczęcia leczenia miało zaplanowane badania niezbędne do rozpoczęcia leczenia. W ocenie lekarza kierującego pacjenta na Konsylium przeprowadzona diagnostyka była wystarczająca. Lekarze Konsylium analizując konkretny przypadek i kwalifikując pacjenta na konkretny rodzaj terapii decydowali o konieczności wykonania dodatkowej diagnostyki niezbędnej do rozpoczęcia danego rodzaju leczenia, która była różna w zależności od sposobu leczenia na które kieruje Konsylium, ze względu na to, że dynamika procesu nowotworowego wymuszała przed rozpoczęciem leczenia aktualizację niektórych badań.

Szpital w związku m.in. z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją tzw. „pakietu onkologicznego” nie poniósł dodatkowych kosztów. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. Szpital w związku z koniecznością powołania zespołu terapeutycznego (konsylium) oraz koordynatora poniósł ogółem koszty w wysokości 39.431,73 zł (w 2015 r. - 22.753,64 zł., a w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. - 16.678,09 zł.).

(dowód: akta kontroli str. 380 - 381)

Jak stwierdził Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala *największe problemy w Szpitalu z rozliczaniem świadczeń w ramach pakietu onkologicznego związane były z niezgodnością danych zawartych w karcie DiLO, a wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta w trakcie porady. Błędy te dotyczyły kodu komórki organizacyjnej na karcie DiLO a faktycznie wykonanej porady np. porada wykonana w Poradni Chirurgii Ogólnej, a w karcie DiLO kod Poradni Onkologicznej. Zaobserwowano problemy z prawidłowością wpisu daty wizyty pomiędzy kartą DiLO, a indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta np. wizyta pacjenta odbyła się w poradni 22.04.2015, a w karcie DiLO wpis 23.04.2015 r. Innym problemem był błędny kod wykonanej procedury diagnostyki wstępnej lub pogłębionej lub brak wykonania procedury zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ. Zdarzały się również problemy z przekroczeniem limitu czasowego pomiędzy konsylium a rozpoczęciem leczenia.*

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż spośród 258 pacjentów skierowanych na konsylium w okresie objętym kontrolą 49 pacjentów nie miało pełnej diagnostyki pozwalającej na określenie sposobu postępowania terapeutycznego. Przyczyną takiego stanu było to, że pacjenci: zostali przekierowani do ponownego konsylium po uprzednim uzupełnieniu diagnostyki (w jednym przypadku pacjent nie zgłosił się), po odbytym konsylium oczekiwali na wynik i zostali skierowani do ponownego konsylium w następnym terminie, po odbytym konsylium, a przed rozpoczęciem leczenia byli kierowani ponownie do uzupełnienia diagnostyki niezbędnej do rozpoczęcia leczenia, po odbytym konsylium a przed rozpoczęciem leczenia byli kierowani na konsultację kardiologiczną lub mieli zaplanowane badania niezbędne do rozpoczęcia leczenia po odbytym konsylium w dniu rozpoczęcia leczenia.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie, Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie odnotowano nadwykonań świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Wartość rozliczonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. wyniosła 727.225,6 zł, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 281.422,2 zł, co stanowiło za 2015 r. zaledwie 1,56% w stosunku do wartości kontraktu zawartego w AOS i Leczeniu Szpitalnym. Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż ogólnie koszty w okresie objętym kontrolą uległy nieznacznej zmianie. W Szpitalu w księgach rachunkowych prowadzona była ewidencja przychodów i kosztów rodzajowych według miejsc ich powstawania czyli według komórek organizacyjnych (oddziały, poradnie), bez podziału na pojedynczego pacjenta. W Szpitalu nie wystąpiły przypadki wskazujące na potrzebę rozliczenia więcej niż jednego pakietu wstępnej/pogłębionej diagnostyki onkologicznej. Szpital w związku m.in. z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją tzw. „pakietu onkologicznego” nie poniósł dodatkowych kosztów, a w związku z koniecznością powołania zespołu terapeutycznego (konsylium) oraz koordynatora poniósł w okresie objętym kontrolą koszty w wysokości 39.431,73 zł.

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

5.1. Obsługa Karty DiLO w lecznictwie ambulatoryjnym i lecznictwie szpitalnym.

Jak stwierdził Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala *po wprowadzeniu Pakietu Onkologicznego, na portalu SZOI od dnia 1 stycznia 2015 r. został udostępniony system służący do rejestracji wydawania i obsługi kart DILO, który jest systemem centralnym administrowanym przez Centralę NFZ (co wyklucza możliwość zdublowania karty między województwami). Producent systemu informatycznego AMMS – systemu działającego w naszym szpitalu – firma ASSECO Poland S.A. z chwilą ogłoszenia przez Ministerstwo Zdrowia specyfikacji systemów obsługujących karty DILO był zobowiązany do podjęcia prac dostosowujących system informatyczny szpitala do korzystania z karty DILO. Pierwsze wersje oprogramowania spełniające te warunki pojawiły się w II kwartale 2015 r. i od tego czasu system szpitala był systematycznie w kolejnych wersjach konfigurowany do tych wymagań. Jednakże dopiero w grudniu 2015 roku w wersji oprogramowania AMMS 5.20 została udostępniona szyna integracyjna dająca możliwość komunikacji systemu informatycznego szpitala z systemem obsługującym karty DILO. Po analizie sytuacji uznano, że koszty uruchomienia tej opcji systemu (konfiguracja, szkolenie załogi, itp. działania do wykonania*

przez firmę zewnętrzną świadczącą usługi serwisowe dla systemu AMMS) przekraczają nasze potrzeby w stosunku do ilości wystawianych w skali roku kart DiLO. Dlatego pomimo, że można przyjąć grudzień 2015 r. i wprowadzenie do pracy wersji AMMS 5.20 za okres dostosowania systemu informatycznego do obsługi kart DiLO, lekarze Szpitala Wojewódzkiego im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu do chwili obecnej korzystają z centralnego systemu do rejestracji wydawania i obsługi kart DiLO na portalu SZOI.

(dowód: akta kontroli str. 183 -189)

W Szpitalu nie zarejestrowano kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu błędów. W wyniku analizy okresu pomiędzy rozpoznaniem nowotworu złośliwego a wypełnieniem karty DiLO w 30 wybranych losowo dokumentacjach medycznych pacjentów, którym wystawiono kartę DiLO w POZ stwierdzono, że w:

- 5 przypadkach stwierdzono brak wyniku badania hist – pat w indywidualnej dokumentacji medycznej, z czego: w 2 przypadkach pacjenci rozpoczęli diagnostykę wstępną w AOS Szpitala, otrzymali skierowania na badania diagnostyczne, lecz nie zgłosili się więcej do poradni w AOS Szpitala, w 1 przypadku pacjentka została przekierowana na konsylium z ośrodka współpracującego (Nowa Dęba) i pomimo zakwalifikowania do leczenia, nie wyraziła zgody na leczenie, zabrała ze sobą całą dokumentację – Szpital posiada jedynie ksero karty DiLO, w 1 przypadku po diagnostyce wstępnej pacjent został przekierowany do diagnostyki pogłębionej do lekarza innej specjalizacji (Poradni Torakochirurgicznej w innej placówce), w 1 przypadku pacjentka w ramach diagnostyki wstępnej dostała skierowania na badanie PET- TK, w którym nie potwierdzono zmian typowych dla procesu nowotworowego, w związku z powyższym nie wykonywano bad. hist – pat. Pacjentka ta jest pod stałą obserwacją Por. Onkologicznej).
- 3 przypadkach potwierdzenie nowotworu w badaniu hist – pat zarejestrowano przed wydaniem karty DiLO,
- 8 przypadkach potwierdzenie nowotworu w badaniu histopatologicznym wykonano po wydaniu karty DiLO w POZ (pacjenci zgłosili się już z wynikiem hist- pat na pierwszą wizytę w AOS Szpitala) a przed rozpoczęciem diagnostyki wstępnej,
- 7 przypadkach wynik badania hist – pat pacjenci otrzymali w trakcie trwania diagnostyki wstępnej bądź pogłębionej,
- 2 przypadkach z indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów wynikało, iż badania histopatologiczne otrzymano po podjęciu leczenia,
- 1 przypadku pacjent nie był diagnozowany w Szpitalu. Na posiedzenie konsylium zgłosił się z wynikiem hist – pat potwierdzającym nowotwór i podjął w Szpitalu leczenie,
- u tego 1 pacjenta wynik badania histopatologicznego otrzymano po zakończeniu diagnostyki pogłębionej. Pacjent nie uczestniczył w Szpitalu w posiedzeniu konsylium, ani nie rozpoczął leczenia w Szpitalu,
- 1 przypadku Szpital posiada tylko wynik histopatologiczny z biopsji w zarejestrowanej wizycie lekarskiej,
- 1 przypadku data wyniku badania jest wcześniejsza od podjęcia leczenia,
- 1 przypadku pacjent w Szpitalu uczestniczył jedynie w posiedzeniu konsylium, cała diagnostyka przeprowadzona była w szpitalu w Nowej Dębie – Szpital jest w posiadaniu jedynie karty DiLO tego pacjenta.

W wyniku analizy kart DiLO dokonanej w systemie elektronicznym AP- DiLO wystawionych przez lekarzy POZ zostało 32 karty DiLO, w tym: 19 kart jest na etapie – leczenie rozpoczęte, 6 kart jest na etapie – diagnostyka wstępna rozpoczęta, 1 karta jest na etapie – diagnostyka wstępna zakończona oczekuje na rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej, 2 karty są na etapie – zakończono konsylium oczekuje na leczenie (jeden z pacjentów nie wyraził zgody na leczenie, drugi miał wyznaczony termin rozpoczęcia leczenia na 26 sierpnia 2015 r. i nie zgłosił się

w wyznaczonym terminie, 1 karta jest na etapie- diagnostyka wstępna zakończona, oczekuje na zabieg operacyjny, 1 karta jest na etapie – zabieg operacyjny zakończony, oczekuje na konsylium.

Spośród 32 kart DiLO wystawionych przez lekarza POZ tylko 2 karty zostały zamknięte: u 1 pacjenta zakończono diagnostykę wstępną i przekierowano do lekarza innej specjalizacji – pacjent kontynuował diagnostykę w innym ośrodku, natomiast u drugiego pacjenta nie potwierdzono choroby nowotworowej. Karta DiLO została zamknięta i oddana pacjentowi (z poleceniem przekazania do POZ). Pacjent ten pozostaje pod stałą kontrolą Poradni Onkologicznej Szpitala.

Zgodnie z treścią art. 32b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz instrukcją zawartą w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego świadczeniodawca przekazuje kartę DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tj. lekarzowi POZ).

(dowód: akta kontroli str. 382 - 385)

5.2. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów (AOS i SZP).

W Szpitalu wprowadzono do bazy KRN w 2015 r. 154 karty, z tego 142 karty wypełnione przez lekarzy ze wskazaną datą rozpoznania, odsetek potwierdzeń hist. pat wyniósł 34,4 %, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania TNM i stopniem wyniósł 90,3 %. W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. wprowadzono 45 kart (wszystkie wypełnione przez lekarzy ze wskazaną datą rozpoznania), odsetek potwierdzeń hist. pat wyniósł 62,8 %, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania TNM i stopniem wyniósł 84,4 %. W 2014 r. kart wypełnionych przez lekarzy ze wskazaną datą rozpoznania było 10 i we wszystkich kartach zgłoszono stadium zaawansowania TNM.

W 2015 r. liczba ważnych kart wynosiła 97, a w 2016 (do 31 sierpnia) 40 kart. Karty wypełnione o statusie „szkic” w 2015 r. wystąpiły w ilości 12 szt., a w 2016 r. wystąpiły w ilości 6 szt. Nie zarejestrowano kart o statusie „korekty”. W Szpitalu w bazie KRN nie ewidencjonuje się oddzielnie KZNZ w ramach kart DiLO. W Szpitalu nie zarejestrowano kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu błędów.

W wyniku analizy 30 kart stwierdzono że w 5 przypadkach brakowało daty zgłoszenia do KRN na karcie DiLO. W pozostałych 25 przypadkach okres daty zgłoszenia do daty wystawienia karty był dłuższy niż 3 dni. Natomiast w 13 przypadkach brakowało numeru zgłoszenia do KRN.

(dowód: akta kontroli str. 386 - 388)

Jak stwierdził Pan Wiktor Stasiak – Dyrektor Szpitala *na 30 analizowanych kart w 5 przypadkach brakowało daty zgłoszenia do KRN na karcie DiLO. W przypadku 4 kart brak daty zgłoszenia do KRN spowodowany jest tym, iż są to pacjenci, którzy trafili z POZ do AOS i są na etapie rozpoczętej diagnostyki wstępnej. Po zakończeniu diagnostyki wstępnej lekarz zgłasza pacjenta do KRN. W przypadku 1 pacjenta został on zgłoszony do KRN w dniu 1 kwietnia 2015 r. nr KRN – 1003690996, lecz brakuje daty zgłoszenia w karcie DiLO. W pozostałych 25 przypadkach okres daty zgłoszenia do daty wystawienia karty był dłuższy niż 3 dni. Okres daty zgłoszenia do KRN do daty sporządzenia karty DiLO jest dłuższy niż 3 dni w w/w przypadkach, ponieważ karty DiLO w tych przypadkach są wydane przez lekarzy pierwszego kontaktu w POZ. Lekarz POZ nie zgłasza KZNZ do KRN. Wydaje jedynie skierowanie do AOS. Kartę KZNZ zgłasza do KRN lekarz AOS a okres oczekiwania na*

świadczenie od chwili rejestracji pacjenta według zarządzenia prezesa NFZ nie może być dłuższy niż 14 dni. Spośród 30 kart DiLO w 13 przypadkach brakowało numeru zgłoszenia do KRN. Do KRN karty KZMZ zgłaszają lekarze na swoich indywidualnych kontach. Przyczyną braku może być niezgłoszenie przez lekarza lub niewpisanie numeru zgłoszenia do KRN na kartę DiLO. W w/w przypadkach 4 karty są na etapie – diagnostyka wstępna rozpoczęta, dlatego nie mogą być jeszcze zgłoszone do KRN. W przypadku 1 pacjenta został on zgłoszony do KRN w dniu 1 kwietnia 2015 r. nr KRN – 1003690996, lecz brakuje daty zgłoszenia w karcie DiLO. W dwóch przypadkach lekarz w karcie DiLO wpisał datę wysłania do KRN jednak nie wpisał nr KRN. W sześciu przypadkach pomimo wpisania na karcie DiLO daty wysłania do KRN, lekarze nie zgłosili danych przypadków do KRN.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 189)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie, Najwyższa Izba stwierdziła nieprawidłowość polegającą na nie przekazania lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. lekarzowi POZ), jednej zamkniętej karty DiLO, mimo wymogu wynikającego z art. 32b ust. 3 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. oraz instrukcji zawartej w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁷ oraz na nieumieszczeniu: w 5 kartach DiLO daty zgłoszenia do KRN i w 13 kartach DiLO numeru zgłoszenia do KRN - spośród 30 zbadanych kart DiLO.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż w Szpitalu nie zarejestrowano kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu błędów. Ustalono, iż w okresie objętym kontrolą przez lekarzy POZ wystawionych zostało 32 karty DiLO, z czego 30 kart nie zamkniętych. Pozostałe 2 karty DiLO zostały zamknięte. W kontroli stwierdzono, iż w Szpitalu wprowadzono do bazy KRN w 2015 r. 154 karty, z tego 142 karty wypełnione przez lekarzy ze wskazaną datą rozpoznania, odsetek potwierdzeń hist. pat wyniósł 34,4 %, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania TNM i stopniem wyniósł 90,3 %. W okresie objętym kontrolą wprowadzono 45 karty, a odsetek potwierdzeń hist. pat wyniósł 62,8 %, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania TNM i stopniem wyniósł 84,4 %.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

pokontrolne

1. przekazywanie do NFZ co najmniej raz w tygodniu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia za pomocą systemu AP-KOLCE, tj. zgodnie z art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
2. udzielanie świadczeń pacjentom w ramach „pakietu onkologicznego”, w tym diagnostycznych w terminie określonym w § 15 ust. 1 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ,
3. rozpoczynanie leczenia przed upływem 14 dni od daty konsylium tj. w terminie określonym w § 4a pkt 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,

⁷ Dz.U. poz. 1751.

4. zapewnienie udokumentowanego udziału w funkcjonującym w Szpitalu zespole prowadzącym leczenie pacjentów onkologicznych przez osobę prowadzącą fizjoterapię oraz psychologa (lub psychoonkologa), tj. zgodnie z § 4a pkt 1 ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r,

5. - przekazywanie lekarzom, o których mowa w art. 55 ust. 2a z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. lekarzom POZ), zamkniętych karty DiLO, zgodnie z art. 32b ust. 3 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. oraz zgodnie z instrukcją zawartą w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,

6. umieszczanie w kartach DiLO daty i numeru zgłoszenia do KRN.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach: jeden dla Pana Dyrektora, drugi - do akt kontroli.

*Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń*

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, przysługuje Panu Dyrektorowi 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 Rzeszowie.

*Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków*

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Trzebnisko, dnia

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Mariusz Twardowski
Główny specjalista k.p.

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
Podpis

.....
Podpis