



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-015-02/2014
P/14/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Wojciech Zambrzycki – inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91407 z 29 maja 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku (zwany „Szpitalem”) (dowód: akta kontroli str. 3)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Urszula Łapińska – dyrektor Szpitala od 26 kwietnia 2011 r. Wcześniej, od 9 stycznia 2009 r. do 25 kwietnia 2011 r. dyrektorem był Sławomir Kosidło. (dowód: akta kontroli str. 8-11)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ sprawowanie przez Szpital opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym² na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii (zwanym dalej „Oddziałem”) oraz w Gabinetcie Lekarza Rodzinnego w latach 2011–2014 (do 31 maja).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocena taka wynika z prawidłowego realizowania na Oddziale i w Gabinetcie Lekarza Rodzinnego umów zawartych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia („POW NFZ”), posiadania odpowiedniej kadry medycznej i wyposażenia oraz prawidłowego udzielania świadczeń osobom w wieku podeszłym. Stwierdzone nieprawidłowości, niemające wpływu na jakość usług medycznych świadczonych na rzecz osób w wieku podeszłym, polegały głównie na:

- nieprawidłowym prowadzeniu list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na Oddziale oraz dokumentowaniu oceny prawidłowości przyjęć pacjentów,
- przekazywaniu POW NFZ nierzetelnych danych o trybie przyjęcia pacjentów do Szpitala, liczbie osób oczekujących na pobyt na Oddziale i średnim czasie oczekiwania na przyjęcie na Oddział,
- niezapewnieniu pacjentom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z POW NFZ

Opis stanu faktycznego

1.1. W ramach niniejszej kontroli sprawdzono opiekę medyczną Szpitala nad osobami w wieku podeszłym sprawowaną w Oddziale i w Gabinetcie Lekarza Rodzinnego. Podstawą udzielania świadczeń przez Oddział w zakresie: choroby wewnętrzne, diabetologia, endokrynologia i reumatologia były dwie umowy zawarte z POW NFZ³, a przez Gabinet Lekarza Rodzinnego dwie umowy na świadczenia realizowane (od 1 października 2012 r.) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁴. (dowód: akta kontroli str. 12-253, 732-734)

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Powyżej 65 lat.

³ Umowa z 31 grudnia 2008 r., obowiązująca od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r., i umowa z 30 grudnia 2011 r., zawarta na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r.

⁴ Umowa z 25 września 2012 r., obowiązująca od 1 października do 31 grudnia 2012 r., i umowa z 30.12.2011 r., zawarta od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r.

Od stycznia 2011 roku do maja 2014 roku liczba osób w wieku podeszłym objęta opieką na Oddziale wynosiła od 111 do 194 miesięcznie (najmniej w listopadzie 2012 roku, a najwięcej w marcu 2011 roku), co średnio stanowiło 61% pacjentów leczonych ogółem. W okresie tym pacjenci w wieku podeszłym przebywali na Oddziale łącznie 39.781 osobodni (średnio 970 osobodni miesięcznie), najwięcej w marcu 2011 roku – 1.334 osobodni, najmniej w listopadzie 2012 roku – 742 osobodni. Od października 2012 roku do czerwca 2014 roku w Gabinetzie Lekarza Rodzinnego opieką objętych zostało od 103 do 149 osób w wieku podeszłym (najmniej w czerwcu 2013 roku, a najwięcej w czerwcu 2014 roku). (dowód: akta kontroli str. 167-253, 257, 267, 735, 737)

Osobom w wieku podeszłym w Gabinetzie Lekarza Rodzinnego udzielano głównie porad ambulatoryjnych, gdyż wg stanu na koniec stycznia i czerwca 2013 i 2014 roku było to odpowiednio 180, 120, 188 i 198 porad ambulatoryjnych oraz kolejno 1, 2, 3 i 3 porady domowe. (dowód: akta kontroli str. 259)

Pierwotna wartość umów na świadczenia wykonywane przez Oddział w latach 2011–2014 wynosiła odpowiednio: 6.625.716 zł, 5.368.220 zł, 5.552.508 zł i 5.503.368 zł. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że oferta konkursowa, złożona do POW NFZ 22 listopada 2011 r., wynikała z analizy wykonania w 2011 roku poprzedniej umowy, propozycji ordynatora Oddziału oraz zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. W wyniku postępowania konkursowego oraz przeprowadzonych negocjacji, ostateczne rozstrzygnięcie konkursu na świadczenia w 2012 roku opiewało na wartość o 819.780 zł mniejszą niż oferta Szpitala i wyniosło 5.368.220 zł. (dowód: akta kontroli str. 268-361)

W wyniku aneksowania ww. umów, wartość zakontraktowanych świadczeń realizowanych przez Oddział wzrosła w tych latach odpowiednio do 6.690.172 zł, 5.560.048 zł, 5.783.010 zł i 5.547.516 zł. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że aneksy wynikały z nadwykonań. Szpital składał do POW NFZ wnioski o dokonanie przesunięć między zakresami zawartej umowy, które z reguły były akceptowane. (dowód: akta kontroli str. 12-166, 253, 255, 686, 703-705)

Umowy zawarte z POW NFZ na świadczenia realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie zawierały wartości zobowiązania Funduszu wobec Szpitala, a rozliczenia za świadczone usługi następowały na podstawie ilości osób zgłoszonych do lekarza rodzinnego i stawek przewidzianych w umowach. Wg stanu na koniec stycznia i czerwca 2013 i 2014 roku, na liście osób zgłoszonych do lekarza rodzinnego znajdowało się odpowiednio 1.023, 1.110, 1.226 i 1278 pacjentów, w tym 253, 269, 298 i 324 w wieku podeszłym. (dowód: akta kontroli str. 167-253, 259, 734)

W latach 2011–2014 (do 31 maja) przychody Szpitala z tytułu realizacji przez Oddział świadczeń medycznych⁵ wyniosły 7.306.925 zł, 6.213.595 zł, 6.245.172 zł i 2.402.131 zł, zaś koszty 7.913.745, 5.494.636 zł, 5.598.267 zł i 1.913.366 zł. Wynik finansowy działalności Oddziału zamknął się w 2011 roku stratą w kwocie 606.819 zł, a w latach 2012–2014 (do 31 maja) zyskiem w wysokości 718.959 zł, 646.904 zł i 488.765 zł. (dowód: akta kontroli str. 261)

W latach 2012 (od 1 października) – 2014 (do 31 maja) przychody Szpitala z tytułu realizacji przez Gabinet Lekarza Rodzinnego świadczeń medycznych⁶ wyniosły 37.500 zł, 222.269 zł i 100.314 zł, zaś koszty 75.522 zł, 334.631 zł i 135.301 zł. Wynik finansowy działalności Gabinetu Lekarza Rodzinnego zamknął się w tych latach stratami w kwotach 38.022 zł, 112.362 zł i 34.987 zł. (dowód: akta kontroli str. 736)

Szpital prowadził ewidencję kosztów z podziałem na „ośrodki kosztowe” (oddziały, poradnie, zakłady i pracownie Szpitala), bez wyszczególniania kosztów na każdego pacjenta. Przychody z refundacji przez POW NFZ kosztów leczenia pacjentów w wieku podeszłym, przebywających na Oddziale od stycznia 2011 roku do maja 2014 roku, wynosiły od 229.886 zł do 392.420 zł, z czego w 28 miesiącach były niższe od kosztów świadczeń

⁵ Przychody wynikające z realizacji umów z POW NFZ oraz przychody z innych źródeł (np. refundacja wynagrodzeń rezydentów i stażystów, darowizny, przychody ze świadczeń zleconych przez zewnętrzne zakłady opieki zdrowotnej, przychody od osób nieubezpieczonych).

⁶ Przychody wynikające z realizacji umów z POW NFZ oraz przychody z innych źródeł (np. darowizn).

udzielonych przez Szpital⁷ (najniższe w styczniu 2011 roku, o 121.320 zł), a w pozostałych 13 miesiącach przewyższały koszty (najwięcej w październiku 2012 roku, o 52.175 zł). Od października 2012 roku do maja 2014 roku przychody z refundacji przez POW NFZ kosztów leczenia osób w wieku podeszłym w Gabinetcie Lekarza Rodzinnego uzyskane przez Szpital wynosiły od 2.570 zł do 7.769 zł i w całym okresie były niższe od poniesionych kosztów (w październiku 2012 roku koszty najbardziej przewyższały przychody, o 7.540 zł, zaś w lutym 2013 roku najmniej, o 1.326 zł). (dowód: akta kontroli str. 256, 266, 706-710)

Od stycznia 2011 roku do maja 2014 roku średni koszt leczenia na Oddziale jednego pacjenta w wieku podeszłym wyniósł 2.262 zł, a średni przychód uzyskany z refundacji przez POW NFZ tych kosztów 2.120 zł. Natomiast średni koszt świadczenia w Gabinetcie Lekarza Rodzinnego na jednego pacjenta w wieku powyżej 65 lat wyniósł 78 zł, a średnia wartość refundacji – 51 zł. (dowód: akta kontroli str. 266-267)

Wyniki analizy przez NIK 105 spraw z lat 2011–2013 (porównanie historii choroby pacjentów z raportami przesłanymi POW NFZ) dotyczących pobytu na Oddziale osób w wieku podeszłym wykazały, że Szpital przekazywał POW NFZ rzetelne dane na temat rozpoznania choroby i wykonanych procedur medycznych. (dowód: akta kontroli str. 536)

1.2. W związku z realizacją świadczeń zdrowotnych na Oddziale, w latach 2011–2014 (do 31 maja) POW NFZ dwukrotnie nałożył na Szpital kary umowne. W roku 2011 kara w wysokości 164.928 zł została nałożona za nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń zdrowotnych oraz nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej na oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii i Chirurgii Ogólnej (POW NFZ nałożył karę na Szpital, bez wyodrębnienia kwot na poszczególne oddziały), a w 2014 roku w kwocie 2.380 zł za nieprawidłowe prowadzenie księgi chorych.

(dowód: akta kontroli str. 260, 362, 367)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na przekazywaniu przez Szpital do POW NFZ nierzetelnych danych w raportach statystycznych na temat trybu przyjęcia pacjentów na hospitalizację. Dotyczyło to 61 ze 105 analizowanych pacjentów i nie miało wpływu na rozliczenie i opłacenie przez POW NFZ ww. hospitalizacji. I tak:

- w 45 przypadkach podano, że pacjenci zostali przyjęci „w trybie nagłym – inne przypadki” (podano kod 3), a z dokumentacji medycznej wynikało, że przyjęcie nastąpiło „ze skierowaniem”,
- w 16 przypadkach podano, że pacjenci zostali przyjęci „w trybie nagłym – inne przypadki” (podano kod 3), a z dokumentacji medycznej wynikało, że przyjęcie nastąpiło „w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego”.

Zgodnie z załącznikiem nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸, pacjentów przyjętych do Szpitala „ze skierowaniem” należy wykazywać z kodem⁹ 6, a „w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego” z kodem 2.

Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że: *kwalfikacja wstępna trybu przyjęcia do szpitala odbywa się w SOR¹⁰. Różnica kwalfikacji przyjęcia ze skierowaniem (nie planowe), a przyjęcie nagłe – inne przypadki wynika ze zmiany kodowania trybów przyjęcia, po zmianie wzorów historii chorób. W analizowanych historiach choroby, wszystkich sporządzonych na „starych drukach”, wskazany tryb przyjęcia odpowiada prawdzie, wszyscy chorzy byli przyjęci na podstawie skierowania do szpitala. W aktualnie obowiązującej dokumentacji nie ma trybu przyjęcia „ze skierowaniem”. Prawdopodobnie w analizowanym okresie musiała istnieć niespójność komputerowego systemu kodowania trybów przyjęcia z dokumentacją papierową. Od czerwca 2013 rok weszły do użytku*

⁷ Koszt udzielonych świadczeń ustalono proporcjonalnie do udziału ilości udzielonych świadczeń pacjentom w wieku powyżej 65 lat w ogólnej ilości świadczeń.

⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 1447.

⁹ Kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym.

¹⁰ Szpitalny Oddział Ratunkowy.

w szpitalu nowe druki historii chorób określające 9 trybów przyjęcia do szpitala, w tym różnicowano przyjęcia w trybie nagłym na 2 rodzaje, przekazanie przez zespół ratownictwa medycznego i inne nagłe przypadki. W trybie inne nagłe przypadki przyjmowani są chorzy ze skierowaniami z lecznictwa ambulatoryjnego, chorzy bez skierowania wymagający pilnie hospitalizacji, zgłaszający się samodzielnie do SOR.

(dowód: akta kontroli, str. 536-539, 701-702)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonywanie przez Szpital umów zawartych z POW NFZ. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała negatywnego wpływu na prawidłowość umów zawartych z POW NFZ.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Realizując świadczenia zdrowotne na Oddziale w ramach umowy zawartej z POW NFZ 30 grudnia 2011 r., Szpital zatrudniał lekarzy specjalistów w ilości odpowiadającej równoważnikowi co najmniej dwóch etatów (75:50 h) w specjalizacjach: choroby wewnętrzne, diabetologia, endokrynologia, reumatologia, co było zgodne z pkt 14, 17, 18 i 41 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹¹ i pkt 13, 16, 17 i 40 części I załącznika nr 3 wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w tej samej sprawie¹². Na dzień 2 czerwca 2014 r. na Oddziale pracowało 19 lekarzy (13 ze specjalizacją II stopnia chorób wewnętrznych, jeden ze specjalizacją I stopnia oraz pięciu z otwartą specjalizacją chorób wewnętrznych), 27 pielęgniarek (sześć ze specjalizacją pielęgniarstwa zachowawczego oraz dwie ze specjalizacją pielęgniarstwa pediatrycznego), fizjoterapeuta i psycholog. Ordynatorem Oddziału był lekarz ze specjalizacją drugiego stopnia z dziedziny chorób wewnętrznych. Lekarze i inny personel medyczny zatrudnieni na Oddziale byli wykazani w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umowy z POW NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 373-418)

Z danych Szpitala wynika, że w latach 2011–2014 (do 31 maja) 61% pacjentów leczonych na Oddziale skończyło 65 lat. W Szpitalu nie zatrudniono lekarzy o specjalności w dziedzinie gerontologii lub geriatrii oraz nie stosowano standardów postępowania określonych dla pacjentów geriatrycznych. Jak wyjaśniła lekarz naczelny Szpitala, *Szpital planował utworzenie Oddziału Geriatrii w ramach rozbudowy i przebudowy obiektów szpitalnych, w tym oddziałów internistycznych, jednak zmiana koncepcji rozbudowy, brak zgody organu tworzącego na likwidację oddziałów pediatrycznych (w których miejsce miał powstać ww. oddział), jak również brak możliwości pozyskania kadry: specjalistów w dziedzinie geriatrii doprowadziło do podjęcia decyzji o utworzeniu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zamiast oddziału geriatrii.*

(dowód: akta kontroli str. 687, 737)

W dniu 2 sierpnia 2014 r. w Gabinetzie Lekarza Rodzinnego zatrudnionych było trzech lekarzy (specjalista medycyny rodzinnej i dwaj specjaliści chorób wewnętrznych) oraz trzy pielęgniarki, a pracę Gabinetu zorganizowano w godzinach od 8 do 18, co było zgodne z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹³. Powyższe osoby były wykazane w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umowy z POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 419-423)

2.1.2. Oddział znajdował się na II piętrze budynku przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 25 (w budynku była winda oraz klatka schodowa) i na dzień przeprowadzania oględzin (10 czerwca 2014 r.) dysponował 12 salami dla pacjentów, w których znajdowały się łącznie 63 łóżka. Budynek Szpitala był przystosowany do obsługi osób niepełnosprawnych, a pomieszczenia i urządzenia Oddziału generalnie spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁴:

¹¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520.

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 1082 ze zm.

¹³ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie gwarantowanych świadczeń poz.”

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 739. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wymagań dla pomieszczeń”.

- w 10 salach znajdowało się po sześć łóżek (ustawionych po trzy z każdej strony), w jednej dwa łóżka, a w kolejnej jedno. Wszystkie łóżka miały możliwość ręcznej regulacji wysokości oraz zamontowania drabinek. Przy 26 łóżkach (z 63) znajdował się przywoływacz służący wezwaniu pomocy. Lekkarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że 1/3–1/2 chorych na Oddziale to chorzy nieprzytomni, z zaburzeniami świadomości, unieruchomieni, wymagający pełnej opieki pielęgniarzkiej, nie będący w stanie obsłużyć jakiegokolwiek sprzętu, natomiast w stosunku do liczby chorych mogących posłużyć się przywoływaczem, ich liczba jest wystarczająca;
- w trzech salach do każdego łóżka zapewniono dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a w pozostałych dziewięciu taki dostęp nie był możliwy do każdego z łóżek (warunek byłby spełniony w przypadku innego ustawienia łóżek);
- w pięciu salach zapewniono połączenie podłogi ze ścianą w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję. W siedmiu salach wymóg ten nie był spełniony, lecz na wykonanie bezszczelinowego styku ścian i podłogi Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Białymstoku wyznaczył Szpitalowi termin do końca 2016 roku.

Ponadto w toku oględzin stwierdzono, że:

- w trzech salach (nr 52, 53, 54) łóżka były ustawione w ten sposób, że zastawiały dostęp do umywalki;
- korytarze Oddziału wyposażone były w poręcze;
- w centralnej części Oddziału znajdowała się świetlica, wyposażona w lodówkę dla pacjentów, materiały dydaktyczne, telewizor, krzesła i stoły;
- na Oddziale znajdowały się dwie łazienki (męska i damska) wyposażone w wanny, prysznice, umywalki i sedesy oraz dwie toalety (damska i męska) wyposażone w sedesy i umywalki. W obu toaletach nie było mydła i papierowych ręczników, a tylko w jednej znajdował się papier toaletowy. Lekkarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *był to chwilowy brak środków czystości, ale też dość często dochodzi do kradzieży środków czystości*;
- wizualny stan pomieszczeń sanitarnych wskazywał, że nie były remontowane od wielu lat. (dowód: akta kontroli, str. 424-427, 676, 681-682, 690, 698-700)

Gabinet Lekarza Rodzinnego znajdował się w parterowym budynku przy ul. M. Skłodowskiej–Curie 26. Budynek ten przystosowany był do obsługi osób niepełnosprawnych, we wnętrzu znajdowała się poczekalnia dla pacjentów. Na drzwiach gabinetu znajdowała się informacja z godzinami pracy lekarzy. W innych pomieszczeniach znajdował się gabinet zabiegowy (łącznie z gabinetem pielęgniarzki) oraz pokój rejestracji, gdzie przechowywane były karty pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 533-535)

2.1.3. W dniu oględzin (10 czerwca 2014 r.) na Oddziale znajdował się sprzęt wymagany dla oddziałów chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i reumatologii w pkt 14, 17, 18 i 41 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. kardiomonitor, aparat EKG 12-odprowadzeniowy, cztery pompy infuzyjne (posiadany sprzęt spełniał także wymogi określone w pkt 20 ww. rozporządzenia dla oddziałów geriatrycznych). Dodatkowo Szpital posiadał m. in.: cztery holtery RR, trzy glukometry, dwa ssaki, inhalator, aparat do krioterapii, elektro i magnetoterapii, ultradźwiękowy detektor przepływu, zestaw do udzielania pierwszej pomocy, siedem materacy przeciwoleżynowych, osiem balkoników/chodzików, cztery wózki oraz kule, trójnogi i laski dla pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 424-427)

W zgłoszeniach aktualizacyjnych z 6 czerwca 2014 r. Szpital podał POW NFZ nierzetelne dane na temat sprzętu posiadanego na Oddziale, wykazując jako wykorzystywane w procesie leczenia urządzenia, które wcześniej zostały zlikwidowane (sprawa została opisana w dalszej części wystąpienia). Szpital posiadał inne urządzenia wykazane w ofertach konkursowych i spełniał wymagania do udzielania świadczeń w zakresach choroby wewnętrzne, diabetologia, endokrynologia i reumatologia, określone rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 424-425, 428-465)

W Gabinetcie Lekarza Rodzinnego znajdował się sprzęt zgodny załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń poz., m.in.: zestaw do udzielania

pierwszej pomocy, zestaw przeciwwstrząsowy, stół do badań niemowląt, waga medyczna ze wzrostomierzem i waga dla niemowląt oraz tablice do badania ostrości wzroku.

(dowód: akta kontroli str. 533-534)

2.2. W wyniku oględzin dokumentacji medycznej 105 pacjentów w wieku powyżej 65 lat (69 kobiet i 36 mężczyzn), przebywających na Oddziale w latach 2011–2013 ustalono, że:

- 61 pacjentów zostało przyjętych na Oddział ze skierowaniem (31 ze skierowaniem wystawionym w dniu przyjęcia na Oddział, 29 po upływie od jednego do 26 dni od wystawienia skierowania, a w jednym przypadku skierowanie nie miało daty), 31 w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, 10 ze skierowaniem ze szpitalnego oddziału ratunkowego, a trzech bez skierowania w trybie nagłym;

(dowód: akta kontroli str. 536-574)

- średnia długość pobytu pacjentów na Oddziale wynosiła 10 dni, a najczęstszymi przyczynami leczenia były m.in.: zapalenie płuc wywołane innymi bakteriami (J15.8 – 15 przypadków), niewydolność serca nieokreślona (I50.9 – 14 przypadków), cukrzyca insulinozależna z powikłaniami nerkowymi (E11.2 – siedem przypadków), cukrzyca insulinozależna bez powikłań (E11.9 – pięć przypadków), inne określone choroby nadnerczy (E27.8 – cztery przypadki) oraz pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów (M15.0 – cztery przypadki). Pacjenci przebywali w Oddziale z powodu różnych przyczyn leczenia: 14 miało jedno rozpoznanie, 10 miało dwa rozpoznania, 23 miało trzy rozpoznania, a 58 – cztery. W przypadku 13 (ze 105) pacjentów w historii choroby znajdowała się karta leczenia szpitalnego z wcześniejszego pobytu pacjenta w innych szpitalach. Jak wyjaśniła lekarz naczelny, *mimo próśb Szpitala o udostępnianie wcześniejszej dokumentacji medycznej, pacjenci i ich rodziny jej nie dostarczają i wówczas informacje dotyczące prowadzonego leczenia ambulatoryjnego oraz przebytych hospitalizacji pozyskiwane są podczas wywiadu;*

(dowód: akta kontroli str. 536-574)

- 60 pacjentom przeprowadzono subiektywną globalną ocenę stanu odżywiania (SGA), a żadnemu z pacjentów nie przeprowadzono testów wchodzących w skład całościowej oceny geriatrycznej. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *brak całościowej oceny geriatrycznej wynika z faktu, że pacjenci są hospitalizowani celem wyrównania i leczenia chorób somatycznych a nie oceny wystąpienia i stopnia zaawansowania procesu starzenia.* W przypadku 25 pacjentów ich stan konsultowano z lekarzami specjalistami. Łącznie odbyły się 33 takie konsultacje: sześć z chirurgiem, pięć z urologiem, po cztery z neurologiem, onkologiem i psychiatrą, trzy z kardiologiem, dwie z anestezyjologiem i ortopedą oraz po jednej konsultacji z chirurgiem naczyniowym, endokrynologiem, gastrologiem, hematologiem i pulmonologiem. Nie przeprowadzono konsultacji z geriatrą, gdyż jak wyjaśniła lekarz naczelny Szpitala *specjalista geriatry nie jest w stanie zmniejszyć ryzyka pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu pacjentów w wieku podeszłym z licznymi współistniejącymi przewlekłymi chorobami somatycznymi w okresie zaostrzenia ich przebiegu i pacjenci wymagają wówczas szerokiej wiedzy z zakresu chorób wewnętrznych;*

(dowód: akta kontroli str. 536-574, 677, 683-684)

- Szpital nie posiadał informacji kto był lekarzem rodzinnym leczonych pacjentów. Po zastosowanym leczeniu na Oddziale, 78 pacjentów zostało wypisanych do domu, siedmiu przeniesiono do innego szpitala bądź na inny oddział celem kontynuacji leczenia, dwóch trafiło do hospicjum stacjonarnego, a jeden do domu pomocy społecznej. Mimo zastosowanego leczenia, 17 pacjentów zmarło w trakcie hospitalizacji;

(dowód: akta kontroli str. 536-574)

- 78 pacjentom zalecano dalsze leczenie w jednej lub w kilku poradniach, w tym 26 pacjentom u jednego lekarza, 24 u dwóch, 20 u trzech, siedmiu u czterech i jednemu pacjentowi u pięciu lekarzy. Najczęściej pacjenci mieli zalecane leczenie w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (48 razy), w poradni kardiologicznej (20 razy), diabetologicznej (19 razy), pulmonologicznej (13 razy) i endokrynologicznej (12 razy)¹⁵. Poza tym pacjenci byli kierowani do poradni ortopedycznej, neurologicznej,

¹⁵ Szpital prowadzi ww. poradnie.

reumatologicznej, hematologicznej, zdrowia psychicznego, chirurgii naczyń, gastrologicznej, urologicznej, chirurgicznej, nefrologicznej, rehabilitacyjnej i onkologicznej. Żaden z pacjentów nie otrzymał zalecenia do dalszego leczenia w poradni geriatrycznej¹⁶. Trzem pacjentom nie zlecono kontynuacji leczenia. Lekarka naczelna Szpitala wyjaśniła, że *pacjenci nie są kierowani do poradni geriatrycznej, ponieważ zakres specjalistycznej opieki ambulatoryjnej zaleconej chorym w wyniku odbytej hospitalizacji nie pokrywa się z zakresem świadczeń udzielanych przez poradnię geriatryczną. Zalecenia do dalszego leczenia w poradniach specjalistycznych odnoszą się do kontynuacji wcześniejszego wieloletniego leczenia w danych poradniach. Nie występowała też konieczność wzywania geriatrycznego zespołu konsultacyjnego.*

(dowód: akta kontroli str. 536-574, 677, 683)

Według stanu na 2 czerwca 2014 r. żaden z 19 lekarzy Oddziału nie korzystał ze szkoleń z zakresu opieki nad osobami w wieku podeszłym. Jak wyjaśniła lekarka naczelna Szpitala, szkolenie specjalizacyjne lekarzy w zakresie pomocy medycznej dla osób w wieku podeszłym odbywa się w ramach specjalizacji II stopnia z chorób wewnętrznych oraz w trakcie specjalizacji szczegółowych (diabetologia, endokrynologia, reumatologia).

(dowód: akta kontroli str. 711-713, 715)

W trakcie kontroli NIK (2 czerwca 2014 r.) 13 (z 27) pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale odbyło szkolenia dotyczące opieki nad osobami w wieku podeszłym (w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, podstaw opieki paliatywnej i leczenia ran przewlekłych). Sześć pielęgniarek z Oddziału miało specjalizację z zakresu pielęgniarstwa zachowawczego. Na wrzesień 2014 roku zaplanowane zostało szkolenie w ramach projektu edukacyjnego „Damy radę”, objęte patronatem przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne i Krajowego Konsultanta ds. Geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 711-713, 715)

Ogłędzinom poddano także dokumentację medyczną 24 pacjentów (18 kobiet i sześciu mężczyzn) w wieku powyżej 65 lat z Gabinetu Lekarza Rodzinnego:

- podczas pierwszej wizyty od pacjenta zbierany był wywiad (*przebyte i aktualne choroby przewlekłe i ich leczenie, aktualne dolegliwości, leczenie u specjalistów, warunki socjalne i ekonomiczne, problemy wieku starczego¹⁷*), przeprowadzane było badanie przedmiotowe, analiza dostarczonych dokumentów i po analizie powyższych informacji następowała propozycja leczenia – wyjaśniła lekarka gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej;
- pacjenci otrzymali łącznie 397 porad (średnio 17 na pacjenta), a lekarze rodzinni odbyli cztery wizyty domowe, pacjenci otrzymali także 44 skierowania do lekarza specjalisty i dziewięć skierowań na oddział szpitalny. Najczęściej pacjenci kierowani byli do gastrologa, kardiologa i ortopedy (po pięć skierowań zostało wydanych do lekarzy tej specjalności), do chirurga i laryngologa (po cztery skierowania) oraz diabetologa, endokrynologa i neurologa (po trzy skierowania). Nie było skierowań do lekarza geriatry. Informacje o leczeniu pacjenta poza gabinetem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej były wpisane w karcie pacjenta. W badanej grupie jedenastokrotnie zamieszczono zapis o leczeniu u kardiologa, dziewięciokrotnie u diabetologa, po cztery wpisy dotyczyły leczenia u diabetologa, na oddziale chorób wewnętrznych oraz oddziale kardiologii. Pacjenci przyjmowali średnio po pięć leków, przy okazji 98% wizyt mieli mierzone ciśnienie krwi, a średnio raz na dziewięć wizyt mieli wykonywany pomiar wagi ciała;
- pacjentom wydano łącznie 287 skierowań, najczęściej na badanie INR¹⁸ – 74 razy, elektrolity (Na+ i K+) – 31 razy, morfologię – 23 razy, kreatyninę – 17 razy i cholesterol – 15 razy. Pacjenci nie byli oceniani testami wchodzącymi w skład całościowej oceny geriatrycznej. Lekarka gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej wyjaśniła, że *nie było do tego wskazań. Dodała, że: przeprowadzając wywiad lekarski zwracała uwagę na dolegliwości wieku starczego i gdyby pojawiły się takie dolegliwości, dokonana byłaby taka ocena.*

(dowód: akta kontroli str. 575-580, 719-720)

¹⁶ Szpital nie prowadził poradni geriatrycznej.

¹⁷ Takie jak nietrzymanie moczu, upadki, problemy z pamięcią, depresja.

¹⁸ Służą do monitorowania leczenia doustnymi antykoagulantami.

Lekarz gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej wyjaśniła, że *sprawuje nad pacjentem czynną opiekę medyczną poprzez systematyczną terapię, dążącą do przywrócenia bądź poprawy stanu zdrowia chorego, kontynuację farmakoterapii oraz diagnostykę i monitorowanie przebiegu choroby.* (dowód: akta kontroli str. 729-731)

2.3. Od lipca do grudnia 2011 roku na Oddziale była prowadzona księga oczekujących. Zawierała ona 119 wpisów, ostatni z 13 grudnia 2011 r. Księga nie zawierała części danych, wymaganych art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *z uwagi na krótkie terminy oczekiwania, pacjenci nie byli pisemnie informowani o terminie udzielenia świadczenia, nie występowała też konieczność zmiany terminu a pacjenci kierowani z powodu nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub wystąpienia ostrych powikłań byli hospitalizowani w trybie nagłym.* Dodata, że *pacjenci byli wprowadzani na listę oczekujących we wszystkie dni pracujące, po 13 grudnia 2011 r. zaprzestano dokonywania wpisów do księgi, ponieważ faktyczne przyjęcia chorych odbywały się na bieżąco i w rzeczywistości na Oddziale nigdy nie istniała kolejka oczekujących a chorzy byli hospitalizowani w dniu zgłoszenia lub w najbliższych dniach następnym, pacjenci mieli podawany numer telefonu sekretariatu Oddziału, gdzie mogli potwierdzić lub zmienić termin hospitalizacji.* (dowód: akta kontroli str. 588-616, 684-685)

Szpital terminowo przekazywał do POW NFZ miesięczne raporty o liczbie osób oczekujących na wykonanie świadczeń i średnim czasie oczekiwania (łącznie 41 raportów), stosownie do art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W czterech raportach błędnie podano dane o liczbie osób oczekujących, a w 10 o średnim czasie oczekiwania, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego. Szpital umożliwił pacjentom ustalanie terminu wizyty na Oddziale drogą telefoniczną. Nie było zaś możliwości rejestracji drogą elektroniczną.

(dowód: akta kontroli str. 584-585, 685, 691, 717)

Zarządzeniem dyrektora Szpitala z 8 stycznia 2004 roku powołany został Zespół ds. oceny przyjęć na świadczenia zdrowotne, o którym mowa w z art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Na comiesięcznych spotkaniach (od 19 stycznia 2011 r. do 21 maja 2014 r. odbyło się 40 takich spotkań) Zespół analizował listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 581-583, 586-587)

2.4. W lutym 2012 roku w Szpitalu wprowadzona została ankieta satysfakcji pacjenta²⁰, jednak do 4 lipca 2014 r. nie wpłynęła żadna ankieta. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *ankiety są ogólnie dostępne na oddziałach i w poradniach i wypełniane dobrowolnie przez pacjentów.* (dowód: akta kontroli str. 618-621, 623)

W czerwcu 2014 roku Szpital otrzymał ocenę poziomu satysfakcji pacjentów, przeprowadzoną w formie badań ankietowych przez Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego. Celem oceny było określenie mocnych i słabych stron stacjonarnej opieki zdrowotnej, a uzyskana ocena miała na celu ukierunkowanie podmiotów leczniczych na poszukiwanie przyczyn niedociągnięć w poszczególnych obszarach prowadzonej działalności i określenie optymalnych rozwiązań. W toku przeprowadzonej analizy Szpital uzyskał ogólną ocenę 4,74 (w pięciostopniowej skali), ponad 94% pacjentów było skłonnych polecić Szpital innym. Umiejętności interpersonalne lekarzy oceniono na 4,90, a umiejętności zawodowe na 4,82. Otoczenie szpitalne i warunki organizacyjne oceniono na 3,99, efekty hospitalizacji na 4,81, a traktowanie pacjenta i czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia na 4,77.

(dowód: akta kontroli str. 618-651)

2.5. Z informacji uzyskanej przez NIK z POW NFZ wynika, że całkowite koszty leczenia 50 pacjentów w wieku podeszłym, którzy w roku 2013 najczęściej przebywali na Oddziale wynosiły od 6.319 zł do 124.016 zł, w tym 12 pacjentów do 10.000 zł, 22 pacjentów od 10.000 zł do 20.000 zł, 13 pacjentów od 20.000 zł do 50.000 zł, dwóch pacjentów

¹⁹ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

²⁰ Zarządzenie dyrektora Szpitala nr 15/2012 z dnia 27 lutego 2012 r.

od 50.000 zł do 100.000 zł, a jednego powyżej 100.000 zł. Na całkowite koszty leczenia złożyły się: koszty świadczeń opieki zdrowotnej (pobyty szpitalne, wizyty u lekarzy specjalistów, w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i badania medyczne), koszty leków i programów terapeutycznych/lekowych, refundacji recept, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i koszty leczenia uzdrowiskowego – zrefundowane przez POW NFZ za leczenie w roku 2013 u wszystkich świadczeniodawców/innych podmiotów. Z uzyskanej informacji wynika, że średni koszt opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej nad jednym pacjentem wyniósł 17.344 zł, pięciu spośród 50 pacjentów poddanych było leczeniu w ramach programów terapeutyczno-lekowych i średni koszt leczenia wyniósł 17.915 zł, 18 pacjentów zakupiło przedmioty ortopedyczne i wartość ich refundacji wyniosła średnio 695 zł, dwóch pacjentów skorzystało z lecznictwa uzdrowiskowego, którego średni koszt wyniósł 1.680 zł. Średni koszt refundacji recept dla jednego pacjenta wyniósł 1.489 zł.

(dowód: akta kontroli str. 652-656)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Księga oczekujących na przyjęcie na Oddział, zawierająca 119 wpisów, prowadzona była nierzetelnie:

- w żadnej pozycji nie było podanej daty i przyczyn skreślenia z listy oczekujących oraz podpisu osoby dokonującej wpisu,
- 118 wpisów nie zawierało numeru telefonu do pacjenta,
- sześć wpisów nie zawierało adresu pacjenta,
- w dwóch przypadkach nie było numeru PESEL pacjenta,
- w pozycjach o numerach 1-15 brak było godziny dokonania wpisu,
- w pozycjach 14 i 99 nie podano danych osoby dokonującej wpisu,
- w 10 pozycjach we wpisach nie zachowano chronologii czasowej.

(dowód: akta kontroli str. 588-614)

Stosownie do art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych na liście oczekujących świadczeniodawca wpisuje: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą, lub jego opiekunem, termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu – w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, oraz wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *brak szczegółowych danych osobowych wynikał z faktu, iż wpisów na listę dokonywali członkowie rodzin pacjentów, natomiast brak chronologii czasowej z powodu uzgadniania terminów hospitalizacji przez lekarzy asystentów Oddziału, bez zgłaszania tego sekretarce medycznej.*

(dowód: akta kontroli str. 684)

2. W ośmiu protokołach z posiedzeń, Zespół ds. oceny przyjęć na świadczenia zdrowotne nie udokumentował dokonania oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji, w czterech czasu oczekiwania na świadczenia, a w pięciu zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *Zespół stale dokonywał tych samych czynności, mimo to nie zostały one w protokole z posiedzenia Zespołu wymienione.* (dowód: akta kontroli str. 581-583, 586-587, 685, 686)

Stosownie do art. 21 ust. 4 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielanie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Na podstawie art. 21 ust. 5 tej ustawy Zespół sporządzić powinien każdorazowo raport z oceny.

Powyższe nieprawidłowości świadczą, że – mimo deklaracji poprzednich dyrektorów Szpitala – w dalszym ciągu nie zrealizowano wniosków pokontrolnych NIK dotyczących prawidłowego prowadzenia i oceniania list pacjentów oczekujących, skierowanych po trzech kontrolach przeprowadzonych w latach 2005–2009, w tym realizacji zadań „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w latach 2006–2008 (I połowa) oraz dostępności do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej (ortopedii, neurologii i urologii) w latach 2006–2009 (I półrocze). (dowód: akta kontroli str. 747)

3. W czterech miesięcznych raportach podano nieprawidłowe dane o liczbie osób oczekujących na pobyt na Oddziale, a w dziesięciu o średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń na Oddziale. Dane o liczbie osób oczekujących różniły się od dwóch do pięciu osób od stanu faktycznego, a dane o średnim czasie oczekiwania od jednego do 106 dni (w skrajnym przypadku przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym 0 dni, do POW NFZ sprawozdano wartość 106 dni). Kierownik działu usług medycznych wyjaśnił, że *powodem błędów była zmiana algorytmu liczenia czasu oczekiwania i początkowe trudności wprowadzania danych po tej zmianie. Różnica w liczbie osób faktycznie oczekujących na świadczenia a liczbie takich osób sprawozdanych w raportach do POW NFZ wynosiła 2-3 i lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że różnica taka jest nieistotna statystycznie i nie ma wpływu na proces udzielania świadczeń na Oddziale.*

(dowód: akta kontroli str. 588-614, 684, 714, 716-717, 726-727)

4. Szpital nie zapewnił pacjentom możliwości rejestracji wizyty drogą elektroniczną. Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że *nie ma obecnie możliwości rejestracji za pomocą poczty e-mail lub strony www, ale funkcjonalność taka będzie dostępna po uruchomieniu w Szpitalu systemu HIS oraz Platformy Regionalnej, będącej częścią projektu „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”. Projekt jest w dużym stopniu zaawansowania i obecnie trwa wdrażanie oprogramowania systemu w poszczególnych podmiotach medycznych będących partnerami tego projektu.*

(dowód: akta kontroli str. 685)

Zgodnie z art. 23a. ust. 1. ustawy o świadczeniach zdrowotnych – od dnia 1 stycznia 2013 r. – świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 i art. 22 ww. ustawy, prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. (dowód: akta kontroli str. 685)

5. W czterech ofertach do postępowań konkursowych²¹ na zakup świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii, reumatologii Szpital złożył niezgodną ze stanem faktycznym informację o sprzęcie posiadanym na Oddziale. Trzy spośród 47 wymienionych w ofertach składników majątkowych – na dzień składania ofert (22 listopada 2011 r.) – faktycznie nie znajdowało się na Oddziale, w tym:

- ssak (rok produkcji 2005, nr seryjny LC16206291), który 16 kwietnia 2007 r. został przeniesiony na Oddział Laryngologii Dziecięcej,
- aparat EKG (rok produkcji 1986, nr seryjny 8589), który został skasowany 9 kwietnia 2008 r.,
- kardiomonitor (rok produkcji 1985, nr seryjny 8513287), który został skasowany 12 czerwca 2011 r.

Ponadto Szpital nie miał dokumentów potwierdzających posiadanie wykazanego w ofertach aparatu USG (rok produkcji 2005, nr seryjny 41240).

(dowód: akta kontroli str. 268-361)

W zgłoszeniach aktualizacyjnych z 6 czerwca 2014 r. (do umowy z 30 grudnia 2011 r. na świadczenie przez Oddział usług medycznych w zakresie: choroby wewnętrzne, diabetologia, endokrynologia i reumatologia) nadal wykazywano ww. sprzęt oraz inne urządzenia, które wcześniej, tj. od 12 kwietnia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r., zostały skasowane (12-kanalowy aparat EKG, rok produkcji 2010, nr seryjny 181; cztery

²¹ Oferty nr 10-12-000322/SZP/03/1/03.4000.030.02/1, 10-12-000327/SZP/03/1/03.4020.030.02/1, 10-12-000328/SZP/03/1/03.4030.030.02/1, 10-12-000352/SZP/03/1/03.4280.030.02/1.

glukometry, rok produkcji 2005; kardiomonitor, rok produkcji 1985, nr seryjny 8513287; spirometr, rok produkcji 1984, nr seryjny 8413622; ssak, rok produkcji 1985, nr seryjny 1568; aparat do jontoforezy, rok produkcji 1993, nr seryjny 920005).

(dowód: akta kontroli str. 424-532)

Lekarz naczelny Szpitala wyjaśniła, że składając ofertę do POW NFZ dane z systemu SZOI są kopiowane do formularza ofertowego i przy tak ogromnej ilości sprzętu i czasie na złożenie dokumentacji, szczególną uwagę zwracamy na to, czy sprzęt wymagany, ewentualnie dodatkowo oceniany jest ujęty w ofercie. Proces restrukturyzacji i zmian organizacyjnych Szpitala spowodował, że m.in. kasacja sprzętu nie została przeprowadzona zgodnie z procedurami. Kierownik działu logistyki dodała, że każdorazowa zmiana aparatury lub sprzętu medycznego znajdującego się na stanie szpitala jest aktualizowana na bieżąco na portalu SZOI, omawiamy sprzęt nie został zaktualizowany w terminie z powodu zmian strukturalno-organizacyjnych szpitala. Brak aktualizacji sprzętu to incydentalne przypadki przeoczenia i zostaną niezwłocznie uzupełnione. (dowód: akta kontroli str. 681, 728)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w latach 2011–2014 (do 31 maja) 61% pacjentów Oddziału to osoby w wieku powyżej 65 lat. Tymczasem przy wannach, sedesach bądź prysznicach znajdujących się na Oddziale nie było uchwytów pomocnych dla osób mających problemy z poruszaniem się bądź utrzymaniem równowagi.

(dowód: akta kontroli str. 424-427, 737)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale i w Gabinetce Lekarza Rodzinnego. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały negatywnego wpływu na sprawowanie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym.

3. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia oraz z jednostkami samorządu terytorialnego

Opis stanu faktycznego

3.1. Szpital nie posiadał umów lub porozumień potwierdzających współpracę z innymi elementami systemu ochrony zdrowia na rzecz osób w wieku podeszłym. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że współpraca ta była prowadzona i polegała m.in. na:

- organizacji pomocy w warunkach domowych (opieka pielęgniarska, opieki środowiskowe),
- poszukiwaniu miejsc w domach pomocy społecznej lub szpitalnych oddziałach dla przewlekle chorych,
- w przypadku chorych z nowotworami, zdyskwalifikowanych do leczenia onkologicznego, poprzez kierowanie do hospicjum stacjonarnego lub domowego,
- konsultacjach z lekarzami z innych oddziałów Szpitala bądź innych szpitali.

Dyrektor Szpitala dodała, że problemem jest duża liczba chorych w wieku podeszłym, będących osobami samotnymi, pozbawionych opieki rodziny bądź w przypadku których z różnych względów rodzina odmawia sprawowania nad nimi opieki. Wobec powyższego oraz niewystarczającej liczby miejsc w placówkach opiekuńczych, małej liczby pracowników mogących sprawować opiekę nad chorymi w warunkach domowych, oczekiwanie na miejsce w placówkach opiekuńczych było najczęstszą przyczyną przedłużających się pobytych na Oddziale. Wyjaśnienia podobnej treści złożyła ordynator Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 657-662, 664-668)

Współpraca Szpitala z placówkami opieki społecznej dotyczyła organizowania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, kierowania i umieszczania pacjentów w państwowych domach pomocy społecznej, sprawdzania środowiska pacjentów i przekazywania pacjentów do objęcia pomocą społeczną po wypisie ze Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że do końca 2013 roku pracownik pomocy społecznej przychodził do Szpitala i sporządzał dokumentację do domu pomocy społecznej, natomiast od początku 2014 r. należy to do zadań pracowników Szpitala. Dodała też, że aby pacjent nie przebywał w Szpitalu z przyczyn społecznych, pracownicy socjalni:

- przygotowują i przekazują do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dokumentację pacjenta,

- informują o przysługujących korzyściach i ulgach przysługujących osobom z orzeczonym stopniem niepełnosprawności a także kierują do Miejskich i Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności dokumentację pacjenta, podobnie do ZUS i KRUS.

Dyrektor Szpitala oceniła współpracę z pracownikami ośrodków pomocy społecznej jak i pracownikami działów pomocy instytucjonalnej jako zadowalającą.

(dowód: akta kontroli str. 661-662)

Z danych Szpitala wynika, że w ramach współpracy z innymi instytucjami ochrony zdrowia i jednostkami samorządu terytorialnego, od stycznia 2011 roku do czerwca 2014 roku prowadzono m.in.:

- 1.117 spraw związanych ze zbieraniem informacji do wywiadów socjalnych, środowiskowych,
- 449 interwencji i kontaktów z instytucjami: miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, urzędy pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- 173 sprawy związane z ubezpieczeniem pacjenta, w tym wnioskowanie o wydanie przez wójta gminy decyzji administracyjnej o objęciu pacjenta ubezpieczeniem,
- 59 spraw dotyczących organizacji usług opiekuńczych w domu pacjenta,
- 47 spraw związanych z umieszczeniem pacjenta Oddziału w domu pomocy społecznej, z których 20 zakończyło się sukcesem,
- 16 spraw w związku z umieszczeniem pacjenta Oddziału w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych bądź opiekuńczo-leczniczych (12 zakończyło się sukcesem),
- 12 spraw związanych z poszukiwaniem rodzin zmarłych lub organizowaniem pochówku zmarłego na koszt gminy.

(dowód: akta kontroli str. 738-746)

Na Oddziale nie była prowadzona stała i zorganizowana współpraca z konsultantem wojewódzkim ds. geriatry w województwie podlaskim. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że powody pobytów pacjentów na Oddziale, czyli nasilenia objawów chorób przewlekłych, nie wymagały tego typu współpracy. W przypadku chorych, którzy wymagali pogłębionej diagnostyki i ustalenia terapii starczych zaburzeń, chorzy kierowani byli do Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w ramach planowych hospitalizacji. W przypadku chorych, którzy już wcześniej byli hospitalizowani w ww. Klinice, była kontynuowana ustalona tam terapia. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Geriatrii wyjaśniła, że: w ostatnich kilku latach Szpital nie występował z zapotrzebowaniem na konsultację geriatryczną, natomiast po uzgodnieniu telefonicznym kierował pacjentów do Kliniki Geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 660-661, 673-674)

Lekarz medycyny rodzinnej z gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo wyjaśniła, że w przypadku zaistnienia konieczności konsultacji specjalistycznych, telefonicznie lub osobiście ustalana była najprostsza droga do leczenia pacjenta, a pacjent kierowany z gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej do lekarza specjalisty miał wykonywane badania diagnostyczne, tak aby lekarz specjalista mógł jedynie pogłębić diagnostykę, a nie rozpoczynał ją od nowa, co jest istotne w przypadku pacjentów w wieku podeszłym. Z analizy 24 dokumentacji pacjentów wynika, że lekarz z gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej udzielający porady miał wiedzę o historii leczenia pacjenta poza placówką. Informacje takie wpisywane były w historii choroby.

(dowód: akta kontroli str. 670-672)

3.2. W ramach współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym Szpital nie otrzymywał z tych jednostek wniosków o informacje dotyczące hospitalizacji osób w wieku podeszłym.

(dowód: akta kontroli str. 662)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje oceny cząstkowej w tym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²², wnosi o:

1. Prowadzenie księgi oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentowanie procesu oceniania prawidłowości prowadzenia dokumentacji, w zakresie określonym w art. 21 ust. 4 pkt 1-3 tej ustawy.
2. Przekazywanie POW NFZ rzetelnych danych na temat trybu przyjęcia pacjentów na Oddział oraz danych o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na przyjęcie.
3. Wykazywanie w ofertach konkursowych oraz w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umów z POW NFZ sprzętu faktycznie posiadanego i użytkowanego w poszczególnych komórkach organizacyjnych.
4. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

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 30 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.

Białystok, dnia 25 lipca 2014 r.

Kontroler
Wojciech Zambrzycki
inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko

.....
podpis

²² Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.