



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-018-02/2014
P/14/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@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 Katowicach
Kontrolerzy	1. Beata Pękuł, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90679 z dnia 3 lipca 2014 r. 2. Andrzej Królikiewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90680 z dnia 3 lipca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4, 726-727)
Jednostka kontrolowana	Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach, ul. Raciborska 26 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Włodzimierz Migacz, Dyrektor Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach ² (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości³, działania Szpitala na rzecz opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych uwzględniająca potrzeby osób w wieku podeszłym, stałe podnoszenie kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń oraz współpraca z placówkami opiekuńczo-leczniczymi w zakresie udzielania usług opiekuńczych pacjentom wypisywanym ze Szpitala.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieprzestrzegania zakazu wynikającego z § 6 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴, poprzez dopuszczenie do równoczesnego udzielania świadczeń w Oddziale

¹ Zwany dalej Szpitalem.

² Zwany dalej Dyrektorem.

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

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484, zwanego dalej „rozporządzeniem ws. OWU” lub „OWU”.

Geriatrycznym⁵ i Poradni Geriatrycznej⁶ Szpitala przez lekarza geriatrę, w latach 2012-2013;

- naruszeń postanowień umów zawartych ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁷ o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, polegających na niedokonywaniu na bieżąco aktualizacji danych o potencjale wykonawczym PG i OG Szpitala (personelu lekarskim i sprzęcie medycznym), przy czym ww. dane zostały zweryfikowane i zaktualizowane w Portalu NFZ w trakcie kontroli NIK;
- wskazania w ofercie na realizację świadczeń w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna⁸ w ramach PG wymaganego zabezpieczenie personelu medycznego, pomimo braku takiego zabezpieczenia;
- nieumożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, co naruszało postanowienia art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wykonanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do księgi rejestrowej Wojewody Śląskiego, dokonanego w dniu 16 października 1998 r. Datę rozpoczęcia działalności przez OG określono na dzień 1 stycznia 2010 r., a datę rozpoczęcia działalności przez PG na dzień 19 marca 2010 r. OG utworzono na bazie zlikwidowanego Oddziału dla Przewlekłe Chorych oraz Oddziału Chorób Metabolicznych¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 6-18)

1.2. Wartość kontraktu zawartego ze ŚOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne¹¹ w zakresie Geriatria - hospitalizacja w roku 2011 stanowiła kwotę 2 018 019 zł (39 569 pkt rozliczeniowych o cenie jednostkowej 51 zł za punkt)¹² i została zwiększona do kwoty 2 143 071 zł (42 021 pkt rozliczeniowych). Umowa na udzielanie ww. świadczeń w roku 2012 zawarta została na realizację 31 154 pkt rozliczeniowych o cenie jednostkowej 52 zł i wartości ogółem 1 620 008 zł¹³ i zwiększona do kwoty 2 419 976 zł (46 538 pkt.)¹⁴. Na rok 2013 przewidziano środki w kwocie 2 509 260 zł (48 255 pkt rozliczeniowych)¹⁵, które uległy zwiększeniu do kwoty 2 865 928 zł (55 114 pkt

⁵ Zwanego dalej OG.

⁶ Zwanej dalej PG.

⁷ Zwanym dalej ŚOW NFZ lub NFZ.

⁸ Zwana dalej AOS.

⁹ Zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” lub „ustawą” (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

¹⁰ Uchwała nr 57/2009 z dnia 29 września 2009r. Rady Społecznej Szpitala .

¹¹ Zwane dalej LSZ.

¹² Umowa nr 121/100559/03/1/2011 stanowiąca załącznik do aneksu nr 1/03/1/2011 podpisanego w dniu 28 stycznia 2011 r. do umowy zawartej w dniu 6 kwietnia 2009 r.

¹³ Umowa nr 121/100559/03/1/2012 zawarta w dniu 16 stycznia 2012 r.

¹⁴ Aneks nr 10/03/1/2012 zawarty w dniu 28 sierpnia 2012 r.

¹⁵ Aneks nr 1/03/1/2013 zawarty w dniu 28 grudnia 2012 r.

rozliczeniowych)¹⁶. Umowa na rok 2014 zawarta została na kwotę 2 634 684 zł (50 667 pkt.)¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 21)

1.3. Wartość umów (pierwotnie) zawartych ze ŚOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie Geriatrii: w roku 2011 wyniosła 48 409 zł (5 629 pkt rozliczeniowych o cenie jednostkowej 8,60 zł)¹⁸, a w latach 2012 – 2014 wartość ta wynosiła po 57 069 zł (6 636 pkt rozliczeniowych o cenie jednostkowej 8,60 zł)¹⁹. Wartość umów po zmianach wynosiła: 6 080,20 zł (707 pkt rozliczeniowych)²⁰ w 2011 r., 27 098,60 zł (3 151 pkt rozliczeniowych)²¹ w 2012 r.²² i 39 792,20 zł (4 627 pkt rozliczeniowych)²³ w roku 2013²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 21)

Jak wyjaśnił Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym: (...) liczbę jednostek rozliczeniowych oszacowano na podstawie wykonania kontraktu za rok 2010 (...) z uwzględnieniem możliwości rozwojowych oddziału. (...). Liczbę jednostek rozliczeniowych [dla PG – przyp. Kontrolera NIK] oszacowano na podstawie liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrii, którzy będą wymagali w przyszłości dalszego leczenia ambulatoryjnego. W latach 2012 – 2014 wartość kontraktu ustalana była na podstawie propozycji planu rzeczowo-finansowego przedkładanego przez NFZ. Aneksowanie umów w zakresie geriatrii w latach 2011 - 2013 (aneksy i ugody) spowodowane było znacznymi przekroczeniami w realizacji kontraktu i następowało na wniosek Szpitala. W zakresie AOS przyczyną zmniejszania kontraktu była konieczność dostosowania wartości kontraktu do rzeczywistego wykonania świadczeń. Nadwykonania i niedowykonania w zawartych kontraktach wynikają z bieżącego zapotrzebowania na w/w usługi. (...).

(dowód: akta kontroli str. 371)

1.4. W poszczególnych latach Szpital uzyskał przychody z tytułu kontraktu zawartego z NFZ na udzielanie usług zdrowotnych w ramach PG w wysokości: 6 011,40 zł w 2011 r., 17 819,20 zł w 2012 r., 24 277,80 zł w 2013 r. i 17 660,10 zł w I półroczu 2014 r. PG nie osiągała innych przychodów w badanym okresie. Wynik finansowy²⁵ wynosił w poszczególnych latach: 370,39 zł w 2011 r., 8 187,63 zł w 2012 r., (-) 4 177,58 zł w 2013 r. i (-) 19 740,76 zł w I półroczu 2014 r. Przychody z tytułu realizacji kontraktu zawartego z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach OG, w poszczególnych latach wyniosły: 2 262 163,65 zł w 2011 r., 2 477 577,96 zł w 2012 r., 2 863 125,72 zł w 2013 r. i 1 263 784,60 zł w I półroczu 2014 r. Pozostałe przychody OG wyniosły: 184,25 zł w 2011 r., 188,58 zł w 2012 r., 71,19 zł w 2013 r. i 68,64 zł w I półroczu 2014 r. Wynik finansowy (bez pozostałych przychodów) wynosił w poszczególnych latach: (-) 765 893,38 zł w 2011 r., (-) 821 019,65 zł w 2012 r., (-) 329 574,32 w 2013 r. i (-) 423 923,42 zł w I półroczu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 21, 372-403, 723-724)

¹⁶ Ugoda 2 zawarta w dniu 14 lutego 2014 r.

¹⁷ Aneks nr 1/03/1/2014 zawarty w styczniu 2014 r.

¹⁸ Umowa nr 121/100559/02/1/2011 zawarta 4 stycznia 2011 r.

¹⁹ Aneks nr 1/02/1/2012 zawarty w styczniu 2012 r., Aneks nr 1/02/1/2013 zawarty 14 stycznia 2013 r., Aneks nr 1/02/1/2014 zawarty 10 stycznia 2014 r.

²⁰ Aneks nr U/02/1/2011 zawarty w dniu 10 sierpnia 2011 r. i Aneks nr U/02/1/2012 zawarty w dniu 9 lutego 2012 r.

²¹ Aneks nr 5/02/1/2012 zawarty 14 grudnia 2012 r.

²² Bez uwzględnienia ugody przedsądowej na kwotę (-) 9 047,20 zł.

²³ Aneks nr 5/02/1/2013 zawarty 17 grudnia 2013 r.

²⁴ Bez uwzględnienia ugody przedsądowej na kwotę (-) 14 998,40 zł

²⁵ Wg zapisów księgowych za dany rok (dla OG i PG).

Ewidencja i rozliczenie kosztów prowadzone było według rodzajów na kontach zespołu 4, z ewidencją analityczną określoną do poszczególnych kont tego zespołu oraz równocześnie w układzie funkcjonalnym według ośrodków powstawania kosztów działalności medycznej podstawowej i działalności pomocniczej oraz działalności zarządu na kontach zespołu 5.

Jak wyjaśnił Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym: *W latach 2010 - 2014 w Szpitalu nie dokonano wyceny procedur medycznych w zakresie geriatry. Katalog procedur medycznych z ich wyceną punktową jest integralną częścią umowy i jest przygotowywany i narzucony przez NFZ w umowie. Szpital nie ma żadnego wpływu na wycenę procedur.*

(dowód: akta kontroli str. 371, 424)

1.5. Z tytułu realizacji w latach 2011 – 2014 (I półrocze) umów zawartych z ŚOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Geriatrii (LSZ i AOS) na Szpital nie zostały nałożone kary umowne.

(dowód: akta kontroli str. 405)

1.6. W latach 2011 – 2013 w Poradni Lekarza POZ udzielono porad łącznie 10 391 osobom w wieku podeszłym, w tym odpowiednio: 3 453, 3 507 i 3 431 osobom. Na przestrzeni badanych lat liczba porad udzielonych ww. pacjentom w POZ uległa sukcesywnemu zmniejszeniu: z 5 568 w 2011 r., poprzez 4 944 w roku 2012 do 4 836 w roku 2013. Znacznemu wzrostowi ulegała natomiast liczba porad w PG: ze 169 w roku 2011, poprzez 407 w roku 2012 do 640 w roku 2013. W I półroczu 2014 r. w PG udzielono 468 porad. Tendencję wzrostową, od 2012 r. wykazuje również liczba osób hospitalizowanych w OG Szpitala. W 2011 r. hospitalizowano 928 osób, w 2012 r. - 904 osoby, w 2013 r. - 1068 osób i w I półroczu 2014 r. – 661 osób.

(dowód: akta kontroli str. 406-408)

1.7. Według stanu na miesiąc styczeń i czerwiec 2012 i 2013 r., pacjenci w wieku podeszłym (60+) stanowili od 23,50% do 32,86% pacjentów Poradni Lekarza POZ Szpitala. W PG oraz na OG najliczniejszą grupę pacjentów (odpowiednio od 63,16% do 78,72% oraz od 64,70% do 70,88%) stanowili pacjenci z przedziału wiekowego pomiędzy 75 a 89 rokiem życia.

(dowód: akta kontroli str. 415-420)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niski poziom realizacji²⁶ kontraktu zawartego z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach PG. W stosunku do umów pierwotnych zrealizowano jedynie 16,15% wielkości kontraktu w roku 2011²⁷ (4,30% za I półrocze i 30,38% za II półrocze), 32,9% w 2012 r. i 43,44% w 2013 r.

Jak wyjaśnił Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym: *Nie ma możliwości precyzyjnego określenia zapotrzebowania jakie będzie w przyszłości stąd konieczność dostosowania umów do bieżącej realizacji.*

(dowód: akta kontroli str. 371)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

²⁶ Liczony jako stosunek wartości umów pierwotnych do wartości wykonanych świadczeń.

²⁷ W 2011 r. łączna wartość umowy „pierwotnej” (I i II półrocze).

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

2.1 Warunki udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Według Załącznika nr 2 *Harmonogram-zasoby* do umowy nr 121/100559/02/1/2011²⁸ o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS świadczenia geriatryczne w PG były udzielane od 1 stycznia 2011 r. w wymiarze 12 godzin tygodniowo, tj. w poniedziałki i wtorki, w godzinach od 8:00 do 12:00 oraz w czwartek od 14:00 do 18:00, przez jednego lekarza (A.O.), specjalistę geriatry, która była jednocześnie zarządzającą OG Szpitala. W PG była również dostępna pielęgniarka (L.Ś) w wymiarze sześciu godzin tygodniowo. W Aneksie nr 1/02/1/2013 do ww. umowy²⁹, w Załączniku nr 2 nie wykazano w PG pielęgniarki na 2013 r., a czas i harmonogram pracy lekarza geriatry w PG nie uległ zmianie do końca 2013 r. Od 1 stycznia 2014 r. zwiększono czas pracy PG do 19 godzin tygodniowo (w poniedziałki od 8:00 do 13:00 i od 15:35 do 18:35, we wtorek od 11:35 do 18:35 oraz w środę od 15:35 do 19:35)³⁰. W Aneksie nr 2/02/2014 do umowy nr 121/100559/02/1/2014³¹ określono, że od 1 stycznia 2014 r. w PG udzielało świadczeń trzech lekarzy: lekarz geriatra - przez dziesięć godzin tygodniowo (A.O.) oraz dwoje lekarzy w trakcie specjalizacji, odpowiednio przez pięć godzin (J.A.) i cztery godziny (H.J.)³². Zgodnie z informacją dotyczącą zatrudnienia, jeden z lekarzy udzielał świadczeń już od 2 września 2013 r. (J.A.), natomiast drugi od 1 czerwca 2012 r. (H.J.), co opisano w dalszej części wystąpienia. W ww. aneksie wykazano również dostępność w PG od 1 stycznia 2014 r. pielęgniarki (Ś.E.), w wymiarze 12 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 217-230, 302-314, 324-337, 352-361 364-369, 454-455, 470)

Według umów zawartych z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju LSZ, obowiązujących w latach 2011 – 2013³³ świadczeń zdrowotnych w OG udzielało dwóch lekarzy o specjalności geriatra w wymiarze odpowiednio 37:55³⁴ i 16:00 godzin tygodniowo, przy czym lekarka dostępna w pełnym wymiarze czasu pracy była jednocześnie zarządzającą OG i jedynym lekarzem udzielającym świadczeń w PG w latach 2011 - 2013, co opisano powyżej. W OG udzielali również świadczeń lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz psycholog kliniczny. Dnia 9 kwietnia 2014 r. kolejny lekarz OG uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry.

W załączniku nr 2 (*Harmonogram – Zasoby*) do aneksu nr 6/03/1/2014 zawartego w dniu 11 lipca 2014 r. (LSZ - OG) widnieją: pielęgniarki (I.B., E.S) i lekarz (J.G), co opisano w dalszej części wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 23-26, 35-36, 72-78, 185-206, 426-433, 492)

²⁸ Zawartej 4 stycznia 2011 r.

²⁹ Z dnia 14 stycznia 2013 r.

³⁰ Załącznik nr 2 Harmonogram –zasoby do umowy 121/100559/02/1/2014, której brzmienie ustalono w Załączniku nr 1 do aneksu nr 1/02/1/2014 z dnia 10 stycznia 2014 do umowy nr 121/100559/02/1/2013.

³¹ W Załączniku nr 2 Harmonogram-zasoby, podpisanymi 29 maja 2014 r. z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014 r.

³² Odpowiednio: A.O.: w poniedziałki i wtorki od 15:35 do 18:35 oraz w środę od 15:35 do 19:35, J.A.: w poniedziałki od 8:00 do 16:00, H.J.: we wtorki od 11:35 do 15:35.

³³ Umowa nr 121/100559/03/1/2011 stanowiąca załącznik do aneksu nr 1/03/1/2011 podpisanego w dniu 28 stycznia 2011 r. do umowy zawartej w dniu 6 kwietnia 2009 r.; Umowa nr 121/100559/03/1/2012 zawarta w dniu 16 stycznia 2012 r.; Aneks nr 1/03/1/2013 zawarty w dniu 28 grudnia 2012 r.;

³⁴ Na podstawie aneksu do umowy o pracę, zawartego 30 grudnia 2009 r. pomiędzy Dyrektorem Szpitala i lek. med. A.O. wg *Rozkładu Zajęć* geriatra była zobowiązana do świadczenia pracy w OG, w okresie od sierpnia 2010 r. do nadal (14 sierpnia 2014 r.) w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:35.

2.1.2. Świadczeń geriatrycznych udzielano w budynkach Szpitala zlokalizowanych przy ul. Józefowskiej 119. PG ulokowano w budynku parterowym, w którym znajdowały się poczekalnia, rejestracja pacjentów, gabinet zabiegowy, pomieszczenia socjalne dla personelu medycznego i gospodarcze. Pomieszczenia PG nie posiadały barier architektonicznych dla pacjentów niepełnosprawnych³⁵.

(dowód: akta kontroli str. 513-514)

OG ulokowano na II i III piętrze budynku wyposażonego w windę przystosowaną dla niepełnosprawnych. Na II piętrze znajdował się gabinet zarządzającej OG, pokój lekarski, dyżurka pielęgniarek, pokój zabiegowy, pracownia USG z gabinetem psychologa, cztery sale chorych (w tym sala intensywnego nadzoru), dwie izolatki, pomieszczenia socjalne i gospodarcze³⁶. Na III piętrze znajdowało się m.in. sześć sal chorych, gabinet rehabilitacji i fizykoterapii, sala gimnastyczna, laboratorium, dyżurka pielęgniarska, świetlica, pomieszczenia socjalne i gospodarcze³⁷. Komunikacja wewnątrz OG spełniała zasady wymagane dla ruchu osób niepełnosprawnych. Na korytarzach zabudowano oświetlenie boczne stanowiące element zabezpieczenia nocnego. W miejscach przebywania chorego znajdowała się instalacja przyzywowa. Każda kondygnacja, na której byli rozlokowani pacjenci OG, znajdowała się w polu nadzoru pielęgniarskiego.

(dowód: akta kontroli str. 517-519)

2.1.3. W dacie dokonania oględzin, w trakcie niniejszej kontroli NIK, wyposażenie pomieszczeń PG i OG w sprzęt medyczny spełniało wymagania określone, odpowiednio w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna³⁸ i w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁹. Sprzęt będący na wyposażeniu PG i OG w dniu dokonania oględzin ujęty był w ewidencji księgowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 513-519, 566-574)

2.2 Procedury diagnostyczne i terapeutyczne

Opis stanu
faktycznego

2.2.1. Według 50 skontrolowanych historii choroby pacjentów PG⁴⁰, 42 pacjentów posiadało skierowania do PG od lekarza POZ⁴¹, lekarza specjalisty lub zalecenia po wypisie ze szpitala. W przypadku ośmiu pacjentów dokumentacja medyczna nie zawierała takiego skierowania. Pacjenci bez skierowań, według wyjaśnień zarządzającej PG i pielęgniarki PG byli przyjmowani przez lekarza geriatrę ze względu na zły stan zdrowia. Według 48 skontrolowanych historii choroby pacjentów OG, wszyscy zostali przyjęci na OG na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy specjalistów⁴².

(dowód: akta kontroli str. 493-508)

³⁵ WC dla pacjentów jest przystosowane do osób niepełnosprawnych.

³⁶ Kuchenka oddziałowa, magazynek (leki, sprzęt zapasowy jednorazowy), brudownik, toaleta dla personelu i 2 sanitariaty dla pacjentów.

³⁷ Pokój socjalny lekarzy, kuchenka oddziałowa, toaleta dla personelu, magazynek czystościowy, brudownik, 2 sanitariaty dla pacjentów (damski i męski, mieszczący toalety, kabiny i stanowiska prysznicowe - dla osób niepełnosprawnych/leżących).

³⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413.

³⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520.

⁴⁰ Tj. 2,97 % z 1 684 pacjentów leczonych w PG w okresie 2011 – I półrocze 2014 r.

⁴¹ Nie stwierdzono przypadków skierowań wystawionych przez lekarzy przyszpitalnej POZ.

⁴² W tym 17 z Izby Przyjęć Szpitala (tryb nagły, ostry) i 2 pacjentów posiadało skierowania z PG.

2.2.2. Głównymi wskazaniami do leczenia zarówno w OG było zaostrzenie lub nasilenie kilku przewlekłych schorzeń (neurologicznych, kardiologicznych, reumatologicznych). Dopiero badania diagnostyczne ujawniały faktyczne problemy zdrowotne pacjentów, na podstawie których określano kierunki dalszego leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 499-508)

2.2.3. Czas trwania wizyty w PG nie był odnotowywany w dokumentacji medycznej. Nie odnotowywano też czasu przeznaczanego przez pielęgniarkę na przygotowanie pacjenta do wizyty. Również w OG czas poświęcany pacjentowi przez specjalistów: psychologa i rehabilitanta nie był odnotowywany. Wynikał on z czasu trwania testów (i ich liczby) lub zleconych zabiegów rehabilitacyjnych⁴³, których wykonanie trwało od kilkunastu do kilkudziesięciu minut.

Według wyjaśnień dr A.O., czas trwania porady w PG wynosi od 45 minut do 1,5 godziny przy pierwszej wizycie pacjenta i średnio 20 – 25 minut przy wizycie kolejnej. Badanie w trakcie wizyt domowych trwa ok. 40 do 60 minut.

(dowód: akta kontroli str. 725)

2.2.4. Na podstawie analizy historii choroby 50 pacjentów objętych opieką lekarza PG w latach 2011 – 2013 ustalono, że: podczas pierwszej wizyty pacjenta stosowano jednolite standardy postępowania, do których należały: przeprowadzenie wywiadu ogólnego w zakresie stanu zdrowia i istotnych problemów zdrowotnych, przeprowadzenie wywiadu rodzinnego i środowiskowego oraz przeprowadzenie oceny geriatrycznej, tj. oceny stanu intelektualnego i emocjonalnego, oceny stanu funkcjonalnego oraz sytuacji społecznej, jak również oceny sprawności motorycznej. Każdorazowo wykonywano badanie EKG i pomiar ciśnienia.

(dowód: akta kontroli str. 493-498, 683-684)

2.2.5. Na podstawie badania 48 historii choroby pacjentów OG⁴⁴ ustalono, że do oceny ich stanu stosowano standaryzowane skale mierzące poziom funkcji psychicznych i fizycznych. I tak przeprowadzano m.in.: ocenę podstawowych czynności życiowych pacjenta ADL⁴⁵ (39 przypadków)⁴⁶, ocenę złożonych czynności życia codziennego IADL⁴⁷ (39 przypadków)⁴⁸, ocenę stanu emocjonalnego GDS⁴⁹ (27 przypadków)⁵⁰, ocenę funkcji poznawczych MMSE⁵¹ (20 przypadków)⁵², ocenę chodu i równowagi⁵³ (osiem przypadków)⁵⁴. Całościowej Ocenie Geriatrycznej⁵⁵ poddano: jednego pacjenta w 2012 r., pięciu pacjentów w 2013 r. i czterech pacjentów w I półroczu 2014 r. W roku 2011 nie wykonano COG dla pacjentów objętych badaniem.

(dowód: akta kontroli str. 499-508, 527-530)

⁴³ Czas zabiegów rehabilitacyjnych i czas pracy psychologa nie jest monitorowany.

⁴⁴ Tj. 1,34 % z 3 561 pacjentów hospitalizowanych w OG w okresie 2011 – I półrocze 2014 r.

⁴⁵ Ocenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

⁴⁶ 10 w 2011 r., 10 w 2012 r., 11 w 2013 r. i osiem w I półroczu 2014 r.

⁴⁷ Ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu, pozwala na przybliżone zobjektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy (opieki).

⁴⁸ 10 w 2011 r., 10 w 2012 r., 11 w 2013 r. i osiem w I półroczu 2014 r.

⁴⁹ Geriatryczna Skala Oceny Depresji wg Yesavage'a.

⁵⁰ Pięć w 2011 r., siedem w 2012 r., 11 w 2013 r. i osiem w I półroczu 2014 r.

⁵¹ Ocenia funkcje poznawcze, stanowi narzędzie do oceny otępień.

⁵² Jedną w 2011 r., cztery w 2012 r., osiem w 2013 r. i siedem w I półroczu 2014 r.

⁵³ Skrócony test Tinetti.

⁵⁴ Pięć w 2013 r. i trzy w I półroczu 2014 r.

⁵⁵ Zwanej dalej COG.

Na podstawie 50 zbadanych historii choroby pacjentów PG ustalono, że w ramach wizyty w PG przeprowadzono: w jednym przypadku - ocenę MMSE, ADL i IADL (w 2011 r.), w trzech przypadkach - ocenę TRZ⁵⁶, MMSE, ADL, IADL oraz dodatkowo, w jednym przypadku, ocenę GDS (w 2012 r.), w trzech przypadkach - ocenę TRZ, MMSE oraz dodatkowo, w dwóch przypadkach, ocenę ADL i IADL (w 2013 r.), w trzech przypadkach - ocenę TRZ oraz dodatkowo, w dwóch przypadkach, ocenę GDS i MMSE (w I półroczu 2014 r.). Pozostałym pacjentom wykonano poszczególne procedury diagnostyczne w ramach hospitalizacji w OG. I tak przeprowadzono: 37 ocen ADL, 37 ocen IADL, 37 ocen GDS, 32 oceny MMSE. Ponadto, trzech pacjentów PG poddano COG w ramach ich hospitalizacji w OG.

Zarządzająca OG wyjaśniła: (...) COG uzyskują pacjenci, u których wykonana dodatkowa diagnostyka /objęta wymogami karty/ pozwala na jej wypełnienie. Ponieważ wymaga to nakładu pracy całego zespołu /ocena lekarska, pielęgniarska, psychologiczna, rehabilitacyjna/ - w dużej mierze jest to zależne od sytuacji personalnej Oddziału w danym czasookresie.

(dowód: akta kontroli str. 493-498, 560-562, 683)

2.2.6. Na podstawie historii zdrowia i choroby 50 pacjentów objętych leczeniem w PG w latach 2011 - 2014 (I półrocze) ustalono, że 30 z nich przyjmowało do pięciu leków, a 13 - od sześciu do dziewięciu leków.

Zarządzająca PG wyjaśniła, że ordynowana ilość farmaceutyków jest uzależniona od potrzeb chorego. Zgodnie z zaleceniami geriatrycznymi dotyczącymi indywidualizacji terapii i unikania polipragmazji, ogranicza się ilość podawanych leków do tych bezwzględnie koniecznych. Natomiast zwiększenie liczby leków może nastąpić w okresach zaostrzenia schorzeń i ich powikłań, kiedy stosowana terapia wymaga intensyfikacji. Wskazała również, że ilość podawanych leków może być wyższa u chorych, u których obecność kilku chorób jednocześnie, zwłaszcza zagrażających życiu, nie pozwala na minimalizację stosowanego leczenia.

(dowód: akta kontroli str.493-498, 683)

2.2.7. Na podstawie historii choroby 48 pacjentów leczonych w OG w latach 2011 - 2014 (I półrocze) ustalono, że liczba rozpoznawalnych chorób u pacjenta wahała się od pięciu do 11, natomiast w trakcie hospitalizacji leczono od dwóch do pięciu schorzeń.

(dowód: akta kontroli str. 674-677)

2.2.8. Czynna opieka medyczna w OG, wg wyjaśnień Zarządzającej OG polegała na całościowym objęciu procesem diagnostyczno-terapeutycznym hospitalizowanego chorego. Pacjent otrzymywał pakiet koniecznych badań diagnostycznych i stosowną terapię (farmakoterapię, terapie wspomagające), postępowanie rehabilitacyjne (fizjoterapię + sprzęt wspomagający) i pomoc w regulowaniu sytuacji społecznej (ustalenie opieki w warunkach pozaszpitalnych). Podała również, iż w przypadku wyrażenia zgody na dalszą opiekę geriatryczną pacjent otrzymywał skierowanie do PG, gdzie nadal pozostawał pod kontrolą personelu w kwestiach diagnostyczno-leczniczych i funkcjonalnych.

(dowód: akta kontroli str. 683)

⁵⁶ Test rysowania zegara.

2.2.9. Celem zaopatrzenia chorych w wyroby ortopedyczne w OG organizowano konsultacje z udziałem lekarza specjalisty ortopedy traumatologa i specjalisty rehabilitacji, którzy w uzasadnionych przypadkach wydawali wnioski na wyroby ortopedyczne. Zgodnie z przyjętą procedurą, w badanej grupie pacjentów OG wydano: dwa wnioski na balkonik i wózek inwalidzki w 2012 r.; dwa wnioski na balkoniki w 2013 r. Natomiast w 2014 r. wnioski na balkonik (pacjentowi OG) i na wózek inwalidzki (pacjentowi PG) wydali lekarze specjaliści z geriatryi⁵⁷.

(dowód: akta kontroli str. 715-717)

2.2.10. W okresie objętym kontrolą Szpital zorganizował 45 szkoleń dla pielęgniarek PG i OG, w tym m.in., w tematach: *Zasady komunikowania się z osobami w podeszłym wieku, Aktywizacja chorych w wieku podeszłym (w tym z zastosowaniem sprzętu pomocniczego, Skala stanu odżywiania - praktyczne zastosowanie. (...). Praktyczne posługiwanie się skalami i testami wchodzącymi w skład COG.* Prowadzącymi te szkolenia byli lekarze zatrudnieni w OG Szpitala.

Lekarze zatrudnieni w OG i PG brali udział m.in. w kursach/szkoleniach: *Problemy onkologiczne w geriatryi, Wielkie problemy geriatryczne, Aktywność ruchowa i odżywianie w promocji zdrowia i rehabilitacji osób starszych, Choroby układu pokarmowego i oddechowego w wieku podeszłym, Rehabilitacja w wybranych chorobach ludzi starych, Kardiologia geriatryczna, Gerontologia i geriatrya – rola i znaczenie we współczesnej medycynie, Główne problemy geriatryczne oraz choroby psychiczne i neurologiczne najczęściej występujące u osób w wieku podeszłym.* Ich organizatorem były, m.in. uczelnie medyczne i szpitale kliniczne. W 2011 r., w 12 szkoleniach wzięło udział trzech st. asystentów, w 2012 r., w 17 szkoleniach uczestniczyło czterech st. asystentów, zarządzająca OG i psycholog, w 2013 r., w 17 szkoleniach wzięło udział trzech st. asystentów i psycholog, a w 2014 r., w 12 szkoleniach udział wzięło czterech st. asystentów, psycholog i pielęgniarka.

Szkolenia te były finansowane przez ich organizatorów. Pracowników kierowano w miarę potrzeb. Dyrekcja Szpitala partycypowała w kosztach kształcenia, udzielając urlopów szkoleniowych. Głównym efektem uczestnictwa w szkoleniach było podniesienie kwalifikacji⁵⁸ lekarzy i personelu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 548-559)

2.3 Prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.3.1. Pacjenci rejestrujący się telefonicznie otrzymywali ustną informację o terminie udzielenia świadczenia, a w przypadku pacjentów rejestrujących się osobiście informację wpisywano na odwrocie skierowania lub na odrębnej kartce wręczanej pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 522)

2.3.2. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia w OG (w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 14 sierpnia 2014 r.) i PG (w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 maja 2012 r. oraz od 26 sierpnia 2014 r.) były prowadzone w formie elektronicznej

⁵⁷ Na podstawie obowiązującego od 1 stycznia 2014 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1565).

⁵⁸ Psycholog OG oczekuje na rozpoczęcie specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej, jedna pielęgniarka otworzyła specjalizację w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego, dwie pielęgniarki ukończyły kurs w zakresie opieki paliatywnej i geriatrycznej.

i zawierały, poza przypadkami opisanymi w dalszej części wystąpienia, dane określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Na ww. listach dokonywano adnotacji dotyczącej zakwalifikowania pacjenta do kategorii medycznej: przypadek pilny lub stabilny, zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁵⁹.

W okresie od czerwca 2012 r. do sierpnia 2014 r. pacjenci PG nie byli wpisywani na listy oczekujących. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: z uwagi (...) na wysoki pułap zakontraktowania Poradni (...) świadczenia były realizowane w trybie bieżącym. Każdy zgłaszający się w godzinach urzędowania Poradni pacjent, był zaopatrywany w tym samym dniu. Nie stwarzało to konieczności rejestracji oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 489, 588-619)

W okresie poddanym badaniu, nie wystąpiły przypadki skreślenia pacjentów z listy oczekujących w PG lub OG z przyczyn leżących po stronie Szpitala. Przypadki rezygnacji pacjenta z wizyty/hospitalizacji w wyznaczonym terminie odnotowywano na liście oczekujących, skreślając jego nazwisko z tej listy. Szpital prowadził listy oczekujących na wizyty w PG jak i hospitalizację w OG w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu zgłoszenia od pacjenta lub jego opiekunów o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta oczekującego na przyjęcie na OG, Szpital umożliwiał mu przyjęcie w trybie pilnym. W okresie objętym kontrolą Szpital przyjmował pacjentów na OG bez konieczności przesuwania terminów hospitalizacji z powodu braku miejsc. Zmiany terminów (wcześniejsze przyjęcie lub opóźnienie) wynikały z potrzeb zgłaszanych przez pacjentów. W tych przypadkach ustalenie nowego terminu następowało w chwili zgłoszenia potrzeby dokonania ww. zmiany. Zapisy na listę pacjentów PG prowadzono w godzinach pracy przychodni.

(dowód: akta kontroli str. 520-521, 588-622)

2.3.3. Raporty statystyczne dotyczące osób oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu przekazywano do NFZ w latach 2011 - 2014 (I półrocze) w terminie określonym w § 8 ust. 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 publicznych⁶⁰.

(dowód: akta kontroli str. 623-632)

2.3.4. Liczba osób i średni czas oczekiwania na przyjęcie na OG wynosiły:

- a) w czerwcu 2011 r. – pięć osób i jeden dzień (dla przypadków pilnych) oraz trzy osoby i jedenaście dni (dla przypadków stabilnych),
- b) w styczniu 2012 r. odpowiednio: 12 osób – brak oczekiwania oraz brak osób oczekujących,
- c) w czerwcu 2012 r. odpowiednio: jedna osoba – brak oczekiwania oraz brak osób oczekujących,

⁵⁹ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

⁶⁰ Dz. U. z 2013, poz. 1447, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie informacji gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców”.

- d) w styczniu 2013 r. odpowiednio: 11 osób i dwa dni oczekiwania oraz jedna osoba – brak oczekiwania,
- e) w czerwcu 2013 r. odpowiednio: dwie osoby i dwa dni oczekiwania oraz brak osób oczekujących,
- f) w styczniu 2014 r. odpowiednio: jedna osoba i dwa dni oczekiwania oraz brak osób oczekujących,
- g) w czerwcu 2014 r. odpowiednio: jedna osoba i jeden dzień oczekiwania oraz brak osób oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 643, 646, 649, 652)

Średni czas oczekiwania na wizytę i liczba osób oczekujących dla PG wynosiły:

- a) w czerwcu 2011 r. – brak osób oczekujących (przypadki pilne i stabilne),
- b) w styczniu 2012 r. odpowiednio: brak osób oczekujących (przypadki pilne) oraz trzy osoby ze średnim czasie oczekiwania 28 dni (przypadki stabilne),
- c) od czerwca 2012 r. do sierpnia 2014 r. nie wpisywano pacjentów na listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 634, 638-640)

2.3.5. W przypadku PG i OG możliwość kontaktu telefonicznego stanowiła podstawową formę komunikacji, która pozwalała pacjentom na ustalenie terminu wizyty, hospitalizacji, ich potwierdzenie lub poinformowanie świadczeniodawcy o rezygnacji.

(dowód: akta kontroli str. 521, 524)

2.4 Badanie satysfakcji pacjenta

Opis stanu faktycznego

W OG, w widocznym miejscu umieszczono druki *Ankiety satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej*. Jak wyjaśniła zarządzająca OG, ankiety te nie były przez pacjentów wypełniane.

(dowód: akta kontroli str. 545)

2.5 Koszty leczenia pacjentów w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

Według danych uzyskanych ze ŚOW NFZ⁶¹ łączny koszt leczenia jednego pacjenta, w wieku 60+, w 2013 r. wynosił:

- a) dla pacjentów leczonych w PG – 657,85 zł, w tym 434,76 zł w Szpitalu i 223,09 zł w innych placówkach medycznych,
- b) dla osób leczonych w OG – 14 561,50 zł, w tym 9 850,72 zł w Szpitalu i 4 710,78 zł w innych placówkach medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 680-682)

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

Ustalone nieprawidłowości

1. W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. lekarz geriatra (A.O.) udzielała świadczeń zdrowotnych w PG przez 9:35 godzin tygodniowo (tj. w poniedziałki i wtorki od 8:00 do 12:00 oraz w czwartki od 14:00 do 15:35), w ramach czasu wyznaczonego na ich udzielanie w OG zgodnie z obowiązującymi w latach 2012 - 2013 umowami w rodzaju LSZ⁶² i regulacją wewnętrzną Szpitala pn. *Rozkład zajęć*. Działanie to naruszało postanowienia § 2 ust. 1 umowy z dnia

⁶¹ 20 pacjentów najczęściej hospitalizowanych w OG i 19 pacjentów o największej liczbie wizyt w PG.

⁶² Umowa nr 121/100559/03/1/2012 zawarta w dniu 16 stycznia 2012 r. na 2012 r. i Aneks nr 1/03/1/2013 do umowy nr 121/100559/03/1/2012 zawarty 28 grudnia 2012 r. (na rok 2013).

16 stycznia 2012 r., zgodnie z którym świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 *Harmonogram-zasoby* do ww. umowy. W pkt II *Personel* załącznika nr 2 wykazano geriatrę jako udzielającą świadczeń zdrowotnych w OG, w pełnym wymiarze czasu pracy (tj. 37:55 godz. tygodniowo), natomiast w *Rozkładzie zajęć* ustalono, iż będzie ich udzielała w OG od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 15:35.

(dowód: akta kontroli str. 23-26, 35-36, 72-75, 104-107, 426-430)

W ocenie NIK, ustalona zakresem czynności dla dr A.O. organizacja udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry w jednym czasie zarówno w PG jak i w OG naruszała zakaz wynikający z § 6 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia ws. OWU, który stanowi, iż osoby, udzielające osobiście świadczeń zdrowotnych zgodnie z załącznikiem do umowy, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy.

Lekarz geriatra wyjaśniła: *Poradnia geriatryczna prowadząca działalność w tut. Szpitalu, świadczy usługi od 2011 r. Przez pierwsze ponad 2 lata, pozostawałam jedynym geriatrą udzielającym porad. Ze względu na niewielką ilość przyznanego kontraktu i ograniczone możliwości lokalowe, godziny przyjęć ograniczały się do kilku w tygodniu /2-4H/. Stopniowo liczba zgłaszających się pacjentów ulegała zwiększeniu, co skutkowało poszerzeniem działalności Poradni /zwiększenie liczby dni i godzin funkcjonowania, zwiększenie kontraktu oraz ilości lekarzy świadczących usługi/. Do 2014 r. – świadczenia w Poradni wykonywałam w ramach umowy o zatrudnienie w tut. Szpitalu /w ustalonym harmonogramem wymiarze godzin etatowych/. (...)*

(dowód: akta kontroli str. 684)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Pani dr A.O. przyjmowała w latach 2011 - 2013 pacjentów Poradni Geriatrycznej w ramach powierzonych zakresem czynności obowiązków tj. „(...) udzielanie w trakcie pracy oraz pełnienia dyżuru, świadczeń medycznych pacjentom Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach z innych oddziałów, Izby przyjęć i Poradni Specjalistycznej”.*

(dowód: akta kontroli str. 463)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 10 pkt 1 i 4 Zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczeniodawca udziela świadczeń w poradniach specjalistycznych zgodnie z harmonogramem pracy poradni, określonym w załączniku nr 2 do umowy, który z kolei winien wypełniać m.in. warunek, że poradnia specjalistyczna powinna być czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po 4 godziny dziennie.

Zdaniem NIK, zatrudnianie w Szpitalu, (w okresie od stycznia 2011 r. do kwietnia 2014 r.) jednego geriatry nie dawało świadczeniodawcy podstaw do wykazania w ofercie złożonej w 2010 r. w konkursie na udzielanie świadczeń w ramach AOS, spełnienia warunku udzielania świadczeń w PG przez lekarza specjalistę geriatry w 100% czasu pracy poradni.

2. Dwoje lekarzy (J.H. i A.J.) udzielało świadczeń zdrowotnych w PG, odpowiednio w okresach: od 1 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. i od 2 września 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., pomimo, że nie zostali wykazani w załączniku nr 2 *Harmonogram-Zasoby* do umowy nr 121/100559/02/1/2012 (AOS)⁶³. Powyższe nie odpowiadało wymogom § 6 ust.1 rozporządzenia ws. OWU i naruszało

⁶³ Także w brzmieniu nadanym jej aneksem nr 1/02/1/2013 z 14 stycznia 2013 r.

§ 2 pkt 1 ww. umowy, zgodnie z którymi świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z załącznikiem do umowy, tj. *Harmonogramem – zasoby*.

Fakt udzielania świadczeń w PG przez ww. lekarzy wskazano w aneksie nr 2/02/1/2014 z dnia 29 maja 2014 r. do umowy nr 121/100559/02/1/2014⁶⁴, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014 r., przy czym jeden z lekarzy (J.H.) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry 9 kwietnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 364-370)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *System ofertowania nie pozwalał na wykazanie osoby w trakcie odbywania specjalizacji. W Portalu świadczeniodawcy uwidoczniło z opóźnieniem udzielanie świadczeń medycznych w Poradni Geriatrycznej przez lek. J.H oraz dr A.J. po uzgodnieniach i akceptacji NFZ. Dane w Portalu zostały zaakceptowane 22.01.2014 r.*

(dowód: akta kontroli str. 463)

3. W załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do aneksu nr 1/02/1/2013 do umowy nr 121/100559/02/1/2012 (AOS) zawartej na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r.⁶⁵ nie wykazano w PG pielęgniarki, pomimo iż w ofercie konkursowej Szpital zobowiązał się do zapewnienia jej udziału w realizacji świadczeń. Dostępność pielęgniarki (E.Ś.) w PG w wymiarze 12 godzin tygodniowo wskazano w załączniku nr 2 do aneksu nr 2/02/1/2014 z dnia 29 maja 2014 r. do umowy 121/100559/02/1/2014 z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014 r. Zgłoszenie do Portalu NFZ pielęgniarki w PG zaakceptowane zostało 22 stycznia 2014 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pielęgniarka ta ma zawartą umowę o pracę : (...) *ze wskazaniem miejsca wykonywania pracy „Poradnia Specjalistyczna”, która obejmuje swoim zakresem Poradnię Geriatryczną, Poradnię Chirurgii Urazowej oraz Poradnię Chirurgii Ogólnej.*

(dowód: akta kontroli str. 322-337, 352-369, 489-490, 718-719)

NIK zauważa - mając na uwadze powyżej opisane nieprawidłowości - że w ofercie złożonej w postępowaniu konkursowym o udzielanie świadczeń w AOS⁶⁶ (część VIII-Ankieta) Szpital deklarował ich udzielanie w PG w 100% przez lekarzy specjalistów geriatry lub gerontologii⁶⁷ oraz w 50% czasu pracy poradni przez pielęgniarkę, co stanowiło warunki dodatkowo oceniane przez NFZ zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do Zarządzenia Nr 73 /2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁸. Wobec tego, w ocenie NIK, zarówno zmiany polegające na rozszerzeniu listy personelu PG o dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry, przy równoczesnym udzielaniu świadczeń przez lekarza geriatrę w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy, jak i niewykazanie pielęgniarki wśród osób udzielających świadczeń w PG, w 2013 r. były niezgodne z deklarowanymi w ofercie warunkami, które podlegały ocenie przy wyborze ofert i naruszały § 7 ust. 3 w związku z § 11 ust. 1 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS⁶⁹. Stosownie do § 7 ust. 3 świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów

⁶⁴ Której brzmienie ustalono w § 1 ust. 2 aneksu nr 1/02/1/2014 z dnia 10 stycznia 2014 r. do umowy nr 122/100178/02/1/2013, obowiązującym od dnia 1 stycznia 2014 r.

⁶⁵ W brzmieniu ustalonym w § 1 ust. 2 ww. umowy.

⁶⁶ Kod postępowania 12-11-000734/AOS/02/1/02.1060.001.02/1.

⁶⁷ Zgodnie z formularzem ofertowym - rozdział IV Wykaz personelu – szpital wykazał tylko jednego lekarza specjalistę geriatry.

⁶⁸ Tabela 1.1.1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁶⁹ Zarządzenia obowiązujące na kolejne lata zawierania umów: na 2012 r. – nr 81/2011/DSOZ z 4 listopada 2011 r., na 2013 r. – nr 71/2012/DSOZ z 7 listopada 2012 r., na 2014 r. – nr 82/2013/DSOZ z 17 grudnia 2013 r.

w rodzaju AOS jest obowiązany spełnić wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 11 ww. zarządzenia. Natomiast w myśl § 11 ust. 1 świadczenia w poradniach specjalistycznych, objęte przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające kwalifikacje spełniające jednocześnie warunki: określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń AOS, w zarządzeniu Prezesa NFZ i zgodne z deklarowanymi warunkami w ofercie, o ile podlegały ocenie przy wyborze ofert – wymienione w załączniku nr 2 do umowy (zgodnie z harmonogramem pracy). Ponadto NIK zauważa, iż w przypadku braku przesłanek umożliwiających dokonanie zmian w umowie na skutek okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy - zmiany do niej wprowadzone, jeśli dotyczyły warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, są nieważne w świetle art. 158 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 209-216)

4. W załączniku nr 2 *Harmonogram-zasoby* do Aneksu nr 6/03/1/2014 zawartego 11 lipca 2014 r. do umowy nr 121/100559/03/1/2012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (LSZ)⁷⁰ wykazano dane trzech osób, jako zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w OG, pomimo iż stosunek pracy z jedną został rozwiązany z dniem 29 listopada 2013 r. (J.G), z drugą z dniem 31 maja 2014 r. (I.B.), a trzecia (E.S.) była zatrudniona w poradni specjalistycznej. Działanie Szpitala było niezgodne z § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. OWU, w myśl którego świadczenia zdrowotne udzielane są przez personel zgodnie z załącznikiem do umowy, a zmiany w tym zakresie wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(dowód: akta kontroli str. 185-208, 459, 463, 491)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *W zakresie uwidocznienia w aneksie nr 2 (Harmonogram - Zasoby do aneksu nr 6/03/2014 zawartego w dniu 11 lipca 2014 r.: 1) Pani I.B. i E.S. wynika z opóźnień aktualizacji danych w „Portalu”. 2) Pani dr J.G – jest obecnie zatrudniona w ramach umowy cywilnoprawnej „na dyżury”. W dniu 14.08.2014 r. uaktualniono dane.*

(dowód: akta kontroli str. 463)

W ocenie NIK, personel Szpitala nierzetelnie realizował obowiązek, wynikający z § 2 ust. 7 i 8 umowy nr 121/100559/03/1/2012⁷¹ oraz § 2 ust. 8 i 9 umowy nr 121/100559/03/1/2014 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w LSZ, bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji ww. umów.

(dowód: akta kontroli str. 72-75, 104-107, 146-149)

5. Szpital nie dokonywał na bieżąco aktualizacji potencjału wykonawczego za pomocą udostępnionych przez NFZ aplikacji informatycznych w zakresie posiadanego sprzętu, służącego wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w ramach OG, pomimo takiego obowiązku wynikającego z § 2 ust. 7 i 8 umowy nr 121/100559/03/1/2012⁷² oraz § 2 ust. 8 i 9 umowy nr 121/100559/03/1/2014 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w LSZ. Sprzęt medyczny znajdujący się na wyposażeniu OG w dniu dokonania oględzin nie odpowiadał sprzętowi wymienionemu w załączniku nr 2 *Harmonogram-Zasoby* do aneksu nr 6/03/1/2014

⁷⁰ Zawartej z NFZ 16 stycznia 2012 r., zmienianej również Aneksem nr 1/03/1/2013 i Aneksem nr 1/03/1/2014.

⁷¹ Z uwzględnieniem aneksu nr 1/03/1/2013.

⁷² Jw.

do umowy nr 121/100559/03/1/2014 z dnia 11 lipca 2014 r. Różnice dotyczyły użytkowania w OG następującego sprzętu nieujętego w umowie i niewprowadzonego do Portalu: EKG o nr seryjnym 07P-B-01327, kardiomonitora o nr seryjnym DE21069506, kardiomonitora o nr seryjnym DE21069532, pompy infuzyjnej o nr seryjnym 1403873, ssaka o nr ser. 0104/132/09, ssaka o nr ser. 1459987, ssaka o nr ser. 1460022, USG o nr ser. US71310097, pomp strzykawkowych o nr ser. 0117561 i 0117562, NMR (rezonans) o nr ser. R8264 oraz braku na stanie, a wykazanych w umowie: pompy infuzyjnej o nr ser. 735 (z 1987r.) i ssaka nr 6613 (z 1983 r.). Weryfikacji sprzętu i aktualizacji danych w Portalu NFZ dokonano w trakcie kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 72-75, 104-107, 146-149, 662-672)

6. W latach 2013 - 2014 (do dnia zakończenia kontroli) nie umożliwiono pacjentom PG i OG umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, co było niezgodne z postanowieniami art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: *Z uwagi na ciągłe nowelizacje ustaw Szpital na chwilę obecną nie ma możliwości wdrożenia i uruchomienia dla Pacjentów Poradni Geriatrycznej i Oddziału Geriatrycznego umawiania się na wizyty drogą elektroniczną a (...) art. 23a dodany został przez nowelizację artykułu 49.2 ustawy z dnia 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia Dz.U.2011.113.652. Kolejna nowelizacja Dz.U.2013.516 z 19.04.2013 r. Minimalna funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiającą realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ponowna nowelizacja ustawy z dnia 26.06.2014 r. zmieniła termin wejścia w życie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Dz.U.2014.998. W dniu 10.06.2014 r., projekt ustawy zmieniającej w ramach tzw. Pakietu kolejkowego i onkologicznego zakłada w szczególności, w odniesieniu do kwestii zarządzania listami osób oczekujących na udzielenie świadczenia, wprowadzenie obowiązku prowadzenia tych list w formie elektronicznej. Drogą elektroniczną na wizyty oraz monitorowania swojego statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Prezentowane zmiany miałyby wejść w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. (...)*

(dowód: akta kontroli str. 523)

Zdaniem NIK, przytoczane przez Dyrektora Szpitala terminy nie dotyczą możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną. Stosownie do art. 57 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁷³ zmienione tą ustawą przepisy art. 23a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, stosuje się od dnia 1 stycznia 2013 r. (w brzmieniu im nadanym ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia). Natomiast przywołane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiającą realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego⁷⁴ stosuje się od 14 maja 2013 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W prowadzonych w PG i OG listach oczekujących na udzielenia świadczenia stwierdzono przypadki niewpisywania informacji, pozyskiwanych za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e i lit. g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,

⁷³ Dz. U. Nr 113, poz. 651 (ze zm.).

⁷⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 516.

tj.: rozpoznania lub powodu przyjęcia, numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem.

(dowód: akta kontroli str. 593-598, 607-619)

Zarządzająca OG wyjaśniła: *Przeważająca ilość osób zgłaszających się /lub zgłaszanych przez osoby drugie/ ze skierowaniem do tut. Oddziału, komunikuje się drogą telefoniczną. (...). Ze względu na szybką możliwość udzielenia świadczeń przez Oddział, w chwili zgłoszenia, pacjenci otrzymują bezpośredni termin realizacji lub zgodny ze złożonym przez siebie wnioskiem. (...). Nie istnieje więc konieczność rejestracji numerów telefonów pacjentów, gdyż ze Strony Szpitala świadczenia są gwarantowane /tj. ustalone terminowo miejsce zawsze jest przygotowane dla chorego. W przypadku zgłaszania pacjenta przez osoby drugie /np.: rodzina, opiekunowie, sąsiedzi itp./ najczęściej nie podają oni nr-ów kontaktowych do pacjenta. (...). Jednocześnie powyższy sposób zgłaszania się pacjentów powoduje, iż nie widząc oryginalnego skierowania, nie jesteśmy w stanie określić rozpoznania kierującego, które w każdorazowym przypadku okazuje się nieczytelne dla pacjentów.*

(dowód: akta kontroli str. 522)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. Współpraca Szpitala z innymi podmiotami systemu opieki społecznej realizowana była na podstawie zawartych umów na wybrane usługi, celem zabezpieczenia procesów diagnostyczno-terapeutycznych, których Szpital nie wykonywał. W zależności od potrzeb, lekarz prowadzący pacjenta kontaktował się z placówką świadczącą specjalistyczne usługi (w ramach zawartej umowy) i ustalał termin wykonania usługi medycznej, w tym przekazania pacjenta do leczenia na wymaganym oddziale. Również lekarze POZ mieli możliwość kontaktowania się (telefonicznie lub osobiście) z lekarzami OG celem uzgodnienia dalszego procesu leczenia pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 533)

3.2. Konsultant Wojewódzki nadzorował prace OG, przekazując uwagi i wytyczne np. *Standardy postępowania w opiece medycznej*⁷⁵ oraz przeprowadzając⁷⁶ kontrole. Wnioski pokontrolne kierowane były do Dyrekcji Szpitala i Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego⁷⁷. Lekarze OG współpracowali z Konsultantem Wojewódzkim⁷⁸ w zakresie szkoleń, spotkań i programów z zakresu geriatry. W związku z tym, że okres oczekiwania na hospitalizację w OG był krótki, Konsultant Wojewódzki kierował do przyjęcia na OG Szpitala pacjentów⁷⁹, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogli oczekiwać na hospitalizację przez kilka miesięcy.

(dowód: akta kontroli str. 533)

⁷⁵ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia.

⁷⁶ W 2010r i 2014 r.

⁷⁷ Zwanego dalej Urzędem.

⁷⁸ Prowadzącym Szpital Geriatryczny w Katowicach.

⁷⁹ Ze swojego Szpitala Geriatrycznego w Katowicach.

3.3. Lekarze w OG dokonując oceny geriatrycznej pacjenta uzyskiwali, m.in. wiedzę na temat sytuacji środowiskowej⁸⁰ pacjenta. Współpracowali z jednostkami pomocy społecznej⁸¹ w sprawach zabezpieczenia opieki przewlekle chorym będącym w niekorzystnej sytuacji środowiskowej. Współpraca ta polegała, m.in. na wysyłaniu skierowań⁸² do stosownego MOPS o przyjęcie wypisywanego ze Szpitala do ośrodka opieki społecznej lub objęcie go opieką środowiskową w domu. Nie ustalono pisemnych procedur w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 534)

3.4. Informacje o przebytych procesie leczenia pacjenta (przeprowadzone badania, przebyte hospitalizacje) odnotowano: w 24 na 30 zbadanych historii choroby pacjentów PG, w 21 na 30 zbadanych historii pacjentów OG i w 10 na 28 zbadanych historii pacjentów POZ. Informacje o lekarzu POZ sprawującym opiekę nad pacjentem odnotowano: w 24 na 30 zbadanych historii pacjentów PG i 17 na 30 zbadanych historii pacjentów OG.

(dowód: akta kontroli str. 493-508)

3.5. W badanej próbie 45 pacjentów leczonych w PG (24) i OG (21) wystąpiły przypadki ich leczenia również w innych oddziałach i szpitalach. I tak:

- spośród 24 pacjentów PG 15 było hospitalizowanych na OG Szpitala (w tym dwóch pacjentów dodatkowo przebywało na leczeniu na innych oddziałach szpitalnych) i trzech było leczonych dodatkowo w innych szpitalach,

- spośród 21 pacjentów OG, dziewięciu pacjentów było już hospitalizowanych w OG Szpitala (w tym w czterech przypadkach również na innych oddziałach), 11 pacjentów było hospitalizowanych na innych oddziałach (w tym czterech pacjentów leczonych było w dwóch różnych oddziałach). W przypadku jednego pacjenta odnotowano przeprowadzenie badań diagnostycznych w klinice jednego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 493-508)

3.6. Informacje na temat m.in. ruchu chorych i potrzeb osób w wieku podeszłym opracowywane były przez Dział Statystyki Szpitala i przesyłane bezpośrednio do Urzędu. Zakres przekazywanych informacji uzależniony był od wskazań Urzędu (obłożenie łóżek, liczba hospitalizacji, kolejki oczekujących, liczba zgonów). Ponadto, informacje na rzecz osób starszych otrzymywane z Urzędu, były przekazywane do wiadomości pozostających w OG (i odwiedzających ich osób) w formie obwieszczeń, plakatów lub ulotek informacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 534)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

⁸⁰ Wiedza na temat opieki nad pacjentem sytuacją rodzinną i zamieszkaniem osobno czy z rodziną uzyskiwana jest w trakcie oceny geriatrycznej.

⁸¹ Głównie z MOPS w miejscu zamieszkania pacjenta.

⁸² Lekarsko-pielęgniarskich.

IV. Uwagi i 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 Kontroli⁸³, wnosi o:

1. **Rzetelne sporządzanie ofert składanych w konkursach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie posiadanych zasobów osobowych.**
2. **Bieżące aktualizowanie danych w Portalu NFZ dotyczących personelu i sprzętu medycznego.**
3. **Zapewnienie pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

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.

Katowice, dnia 15 października 2014 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Beata Pękuł
Gł. specjalista kontroli państwowej**

.....

⁸³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82