



NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4101-003-03/2014
P/14/062

**WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE**

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler Barbara Górkowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90808 z dnia 15 maja 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-3)

Jednostka kontrolowana Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie – Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Specjalistyczna Poradnia Geriatryczna, Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, zwane dalej Szpitalem, Oddziałem, Poradnią oraz POZ.

Kierownik jednostki kontrolowanej Dr. hab. n. med. Andrzej Kulig Dyrektor Szpitala

(dowód: akta kontroli str. 4 A-B)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie¹, ocenia sprawowanie przez Szpital opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym.

Uzasadnienie oceny Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła:

- rzetelne rozliczanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego,
- zapewnienie warunków wykonywania świadczeń zgodnych z przepisami wynikającymi z rozporządzeń Ministra Zdrowia² oraz umów z NFZ, odnośnie zasobów kadrowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz warunków lokalowych,
- prawidłowe prowadzenie list osób oczekujących na przyjęcie do Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej,
- zapewnienie świadczeniobiorcom kompleksowych świadczeń w jednostkach organizacyjnych Szpitala,
- objęcie osób w podeszłym wieku pomocą w sprawach formalno-prawnych związanych z dalszym postępowaniem po opuszczeniu Szpitala, we współpracy z opieką społeczną i innymi instytucjami.

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

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Dz. U. z 2013 r., poz.1520, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim winny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz. U. z 2012 r. poz. 739, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Dz. U. z 2013 r., poz.1413, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. z 2013 r., poz.1248

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż do lekarza geriatry kierowano niewielki odsetek pacjentów (10% badanej próby), mimo stwierdzanej wielochorobowości, skutkującej koniecznością wystawiania skierowań do kilku specjalistów. Lekarze specjalistycznej poradni geriatrycznej nie odnotowywali natomiast w dokumentacji medycznej wniosków wynikających z przeprowadzonych badań, dotyczących oceny poziomu funkcji psychicznych i fizycznych pacjentów, z zastosowaniem narzędzi ocennych, takich jak np. test MMSE, test rysowania zegara, czy test Tinetti (spośród 18 badanych ocen tylko w jednym przypadku odnotowano wniosek dotyczący dalszego leczenia i opieki nad pacjentem).

III. Wyniki kontroli

W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonuje Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, w skład którego wchodzi m.in. Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Oddział ten udziela świadczeń opieki zdrowotnej w trzech zakresach, tj. chorób wewnętrznych, geriatrii oraz reumatologii. Średnia liczba łóżek na tym Oddziale w 2011 r. wynosiła 76, a w latach 2012 – 2014 – 66. Średnie ich wykorzystanie, w okresie 2011 – 2014 (I kwartał), stanowiło odpowiednio 80,1%, 93,9%, 90,9% oraz 89,8%. Średnia dzienna liczba pacjentów wahała się od 61,9 osób w 2012 r. do 59,3 w 2014 r. (I kwartał). W Oddziale nie wyodrębniono łóżek dla świadczeń w zakresie geriatrii. Taka struktura organizacyjna Oddziału pozwala w sposób elastyczny, w zależności od występujących potrzeb, wykorzystać jego zasoby.

[Dowód: akta kontroli str. 5-107, 108, 117, 120,888]

1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia 1.1. Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne i wynik finansowy Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

Opis stanu
faktycznego

W dniu 27 stycznia 2011 r. Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie (świadczeniodawca) zawarł umowę Nr 061/100014/SP/01/2011 z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Krakowie, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, m.in. w zakresie geriatrii. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r. i była modyfikowana kolejnymi aneksami. Zmiany najczęściej polegały na zwiększeniu lub zmniejszeniu ogólnej wartości umowy i liczby jednostek przeliczeniowych (punktów), a także były konsekwencją zmian zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Ustalono, że szacowania potrzeb w zakresie świadczeń geriatrycznych w rodzaju leczenie szpitalne oraz w specjalistycznej poradni geriatrycznej dokonywano w oparciu o wykonanie umów w okresie poprzedzającym. W związku z bardzo dużym zapotrzebowaniem na świadczenia geriatryczne oraz trudną do oszacowania liczbą przyjęć pacjentów w trybie nagłym, wartość świadczeń wykonanych w latach 2011 – 2013 przekraczała wartość świadczeń zakontraktowanych. Plan zakupu świadczeń na 2011 r. został zatwierdzony w wyniku zawarcia umowy z NFZ w dniu 27 stycznia 2011 r., a w latach następnych – na podstawie aneksów przedłużających jej ważność³. W latach 2011 – 2013 r. łączna liczba zakontraktowanych świadczeń dla Oddziału wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wynosiła 622.406 punktów, z czego na świadczenia geriatryczne przypadło 163.531 punktów (26,3%). Pierwotna wartość umowy za ww. okres wynosiła 32.170.440 zł, z tego na świadczenia geriatryczne przypadło 8.455.838 zł (26,3%). Wartość umowy po zmianach, czyli po zawartych

³ Na 2012 r. aneks nr 1/2012 z dnia 30 listopada 2011 r. – obowiązujący od stycznia 2012r., na 2013 r. aneks nr 1/2013 z dnia 29 grudnia 2012 r., obowiązujący od 1 stycznia 2013 r., na 2014 r. aneks nr 1/2014 z dnia 28 listopada 2013 r. obowiązujący od 1 stycznia 2014 r.

w każdym roku ugodach z NFZ, wzrosła do 34.267.267,03 zł (o 2.096.827,71, tj. o 6,5%), z tego wartość świadczeń geriatrycznych wzrosła do 9.736.763,88 zł, tj. była wyższa o 1.280.925,88 zł (o 15,2%) od ich pierwotnej wartości.

W 2011 roku w zakresie geriatry na planowane 47.774 jednostki rozliczeniowe, zrealizowano 50.434,63, tj. o 2 660,63 więcej (5,6%) niż przewidziano w umowie. Zgodnie z zawartą ugodą z NFZ, 48.967,91 jednostek rozliczeniowych zostało sfinansowanych po 51 zł za punkt, co stanowiło 2.497.363,41 zł, a 1.370,7 jednostek po 15,45 zł za punkt, co stanowiło 21.177,32 zł, łącznie 2.518.540,73 zł. W takiej kwocie Szpital otrzymał środki z NFZ. Nie otrzymał zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie o wartości 96,02 punktów.

W 2012 r. na planowanych 55.670 jednostek rozliczeniowych w geriatry, Szpital zrealizował 59.483,36, tj. o 3.813,36 więcej (o 6,9%). Zgodnie z zawartą ugodą 55.609,09 jednostek sfinansowano w cenie po 52 zł za punkt, a 3.797,49 jednostki po 15,61 zł za punkt, w łącznej kwocie 2.518.540,73 zł. NFZ nie sfinansował świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie o wartości 76,78 jednostek

W 2013 r. na planowanych 60.087 jednostek rozliczeniowych świadczeń geriatrycznych zrealizowano 82.343,03, tj. o 22.256,03 więcej (37,0%). NFZ, zgodnie z zawartą ugodą, sfinansował 81.963,03 punktu po 52 zł za punkt, w łącznej kwocie 4.262.077,56 zł. Nie sfinansowano nadwykonań o wartości 380 pkt.

Łączna liczba niesfinansowanych, w latach 2011 – 2013, jednostek rozliczeniowych dotyczących świadczeń wykonanych ponad limity świadczeń określonych w umowach wyniosła 552,80 pkt o wartości 22.442,04 zł⁴.

[dowód: akta kontroli str. 110, 126-271, 272- 364, A-B, 480-531]

Rachunek kosztów prowadzony jest w podziale na miejsce ich powstawania. Szpital nie prowadzi rachunku kosztów w podziale na zakresy świadczeń oraz dla każdego pacjenta, ponieważ jak wyjaśniono, nie posiada odpowiedniego programu informatycznego, co wiąże się z dużymi kosztami i wymaga szczegółowej ewidencji kosztów dla każdego pacjenta. Na koszty Oddziału składały się: koszty bezpośrednie, pośrednie, procedur i zarządu. Największą pozycję w kosztach stanowiły koszty bezpośrednie, które w latach 2011 – 2014 (I kw.) wyniosły odpowiednio: 9.049.018 zł, 9.643.280 zł, 9.748.060 zł i 2.560.637 zł. Złożyły się na nie, m.in. koszty energii, mediów, utrzymania budynku – liczone proporcjonalnie do wykorzystywanej przez Oddział powierzchni lub kubatury budynku oraz wynagrodzenia: lekarzy, pielęgniarek i pozostałych pracowników. Koszty pośrednie wynikały z przeniesienia części kosztów z ośrodków tzw. działalności usługowej, które pracowały na rzecz Oddziału np. pionu administracyjno-gospodarczego. Koszty te w latach 2011 – 2014 r.(I półrocze) wyniosły odpowiednio: 544.091 zł, 570.396 zł, 655.355 zł i 164.003 zł.

Na koszty procedur składały się koszty konsultacji wewnętrznych dla pacjentów, koszty diagnostyki wykonane w poszczególnych pracowniach na rzecz Oddziału. W latach 2012 – 2014 (I półrocze) wyniosły odpowiednio: 2.855.671 zł, 2.790.684 zł, 2.487.465 zł i 682.488 zł. Najwyższą pozycję tych kosztów stanowiły świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane dla Oddziału przez VII Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W 2011 r. wyniosły one 1.371.329,28 zł, w 2012 r. – 1.330.973,77 zł, w 2013 r. – 1.216.852,09 zł, w 2014 r. (I kwartał) – 333.677,71 zł.

Na koszty zarządu składały się koszty utrzymania Dyrekcji i Zarządu dzielone proporcjonalnie na poszczególne jednostki organizacyjne Szpitala. Koszty te, w latach 2011 – 2014 r., wyniosły odpowiednio: 819.628 zł, 1.847.994 zł, 1.117.750 zł i 204.685 zł.

Szpital nie przedstawił rachunku kosztów w odniesieniu do świadczeń z zakresu geriatry, lecz łączne koszty przypadające na Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatryi we wszystkich trzech zakresach świadczeń (choroby wewnętrzne, geriatra oraz reumatologia).

Przychody Oddziału łącznie z zafakturowanymi nadwykonaniami świadczeń i innymi przychodami, w latach 2011 – 2014 (I półrocze), wyniosły odpowiednio:

⁴ W 2011 r nie zapłacono za 92,02 pkt nadwykonań licząc po 15,45 zł za 1 – 1483,51 zł, w 2012 r. nie zapłacono za 76,78 pkt nadwykonań licząc po 15,61 zł za 1 punkt – 1183,54 zł, w 2013 r. nie zapłacono za 380 pkt nadwykonań licząc po 52 zł za punkt wyniosło 19.760 zł, razem 22.442,04 zł.

10.684.864,60 zł, 11.214.532,45 zł, 12.982.638,66 zł oraz 2.803.783,32 zł. Natomiast koszty były wyższe od przychodów i stanowiły odpowiednio: 13.268.408,00 zł, 14.852.355,00 zł, 14.008.441,00 zł oraz 3.611.813,00 zł. Wynik finansowy dla Oddziału w latach 2011 – 2014 był ujemny i stanowił odpowiednio: - 2.583.543,40 zł, - 3.637.822,55 zł, - 1.025.802,34 zł oraz - 808.029,68 zł.

W 2011 r. na Oddziale objęto opieką medyczną 1733 osoby w podeszłym wieku, z tego 844 osoby rozliczono z NFZ w ramach kontraktu na geriatrię. W 2012 r. objęto opieką – 1671 osób, z tego 986 osób rozliczono w ramach kontraktu na geriatrię. W 2013 r. – 1532 osoby, z tego 1206 w ramach kontraktu na geriatrię.

Koszty hospitalizacji ww. pacjentów ustalono szacunkowo, ponieważ jak wyjaśnił Kierownik Działu Rozliczeń i Kontraktacji, z uwagi na brak ewidencji kosztowej na konkretnego pacjenta, wartość kosztów hospitalizacji dla pacjentów 65+ obliczono jako iloczyn całkowitych kosztów funkcjonowania Oddziału oraz procentowy wskaźnik udziału osobodni hospitalizacji pacjentów 65+ w stosunku do osobodni w ramach wszystkich hospitalizacji. W roku 2011 współczynnik⁵ ten wyniósł 60%, w 2012 - 62% i w 2013 – 66%. Szacunkowe koszty udzielonych świadczeń osobom w wieku podeszłym stanowiły:

- w 2011 r. dla 1733 pacjentów - 7.996.359,06 zł, z tego zrefundowane przez NFZ stanowiły 4.240.224,05 zł, tj. 53,03%;

- w 2012 r. dla 1671 pacjentów - 9.260.265,65 zł z tego refundacja NFZ stanowiła 4.159.209,64zł, tj. 44,9%;

- w 2013 r. dla 1532 pacjentów – 9.296.351,31 zł, z tego refundacja NFZ stanowiła 4.647.339,33 zł, tj ok. 50%.

Jak wyjaśniono, różnica pomiędzy przychodami a kosztami (strata związana z leczeniem pacjentów 65+) pokrywana jest z lepiej wycenionych pobytów młodszych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, jak również finansowana przez inne oddziały szpitalne generujące dodatni wynik finansowy. Ponadto, wyższe koszty hospitalizacji pacjentów 65+ przyjętych do Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii związane były z dłuższym pobytem tych pacjentów w porównaniu do pacjentów młodszych. W 2011 r. średni czas pobytu pacjenta 65+ wynosił 7,72 dni a pacjentów poniżej 65 lat – 3,24 dni i odpowiednio – w 2012 r. 8,44 i 3,23, a w 2013 r. – 8,70 i 2,85. Dodatkowym kosztem było obciążenie pacjentów w podeszłym wieku schorzeniami współistniejącymi, co wiązało się z podawaniem dodatkowych leków, często bardzo drogich.

W trakcie kontroli Szpital wyliczył rzeczywiste koszty hospitalizacji 20 pacjentów 65+ przebywających na Oddziale w 2013 r. W przypadku tych pacjentów refundacja NFZ nie pokrywała kosztów realizacji świadczeń. Czas pobytu ww. pacjentów wynosił od 17 do 63 dni. Pacjenci ci zostali rozliczeni z NFZ w następujących grupach JGP:

- E53 – niewydolność serca – 4 pacjentów,
- D48 –zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących – 7 pacjentów,
- D18 – zapalenie płuc nietypowe, wirusowe – 5 pacjentów,
- J37- owrzodzenia odleżynowe – 1 pacjent,
- D47 zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi – 1 pacjent
- oraz po 1 – w J37 i K27.

Leczenie pacjentów hospitalizowanych od 63 dni do 43 dni przyniosło deficyt w wysokości od (-)10.887,3 zł do (-)9.940,6 zł.

Leczenie pacjentów przebywających od 33 dni do 30 dni spowodowało deficyt od (-)8.308,00 zł do (-)5.542,32 zł, a w przypadku pacjentów przebywających od 22 dni do 17 dni, deficyt wyniósł od (-) 5.073,94 zł do (-)3.354,00 zł.

[dowód: akta kontroli str. 114, 479, 532-572, 573-574, 578-620]

Opis stanu
faktycznego

1.2. Realizacja umowy i wynik finansowy w Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej

W dniu 9 lutego 2011 r. została zawarta umowa pomiędzy Samodzielnym Publicznym

⁵ W 2011 r. ogólna liczba hospitalizacji stanowiła 22.214 osobodni a liczba hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku stanowiła 13.388 osobodni co stanowiło 60,2%, w 2012 r. liczba hospitalizacji ogółem stanowiła 22673 osobodni z tego 14.136 pacjenci w podeszłym wieku, co stanowiło 62%, w 2013 r. liczba hospitalizacji ogółem 21886 z tego 14524 pacjenci w podeszłym wieku, co stanowiło 66%.

Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie – świadczeniodawcą, a Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (MOW NFZ) w Krakowie, której przedmiotem było udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 41 zakresach, m.in. w zakresie geriatry.

W latach 2011 – 2013 liczba zakontraktowanych świadczeń dla Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej wyrażona w jednostkach rozliczeniowych odpowiadała 27.894 punktom, zaś wartość umowy wyniosła 252.554,20 zł⁶. Wartość umowy po zmianach, uwzględniających świadczenia wykonane ponad określony w niej limit wyniosła 256.078,90 zł. Faktury wystawione na kwotę 254.631,75 zł zostały w 100% zrefundowane przez NFZ.

W 2011 r. na planowaną liczbę jednostek rozliczeniowych 8.575 wykonano 9.686 jednostek, tj. o 1.111 więcej (ok. 13%), z czego sfinansowano mniej niż planowano w umowie bo 8.506,5 pkt po 8,5 zł na kwotę 72.305,25 zł. Nie sfinansowano 1.179,50 jednostek rozliczeniowych.

Rok 2011 został podzielony przez NFZ na dwa półroczne odrębne okresy. Lista świadczeń wykonanych w I półroczu zawierała pozycje, które zostały negatywnie zweryfikowane przez MOW NFZ, jako udzielane na rzecz pacjentów nieubezpieczonych. Stąd świadczenia te nie zostały zafakturowane do wysokości limitu za I półrocze.

Podobnie w 2012 r. na planowanych 9.019 jednostek rozliczeniowych wykonano 10.103,5, z czego sfinansowano przez NFZ 9.546,5 pkt. na kwotę 88.782,45 zł. Nie sfinansowano 557 jednostek rozliczeniowych.

Rok 2012 również został podzielony na dwa odrębne okresy rozliczeniowe, a ugoda została przygotowana przez MOW NFZ i obejmowała tylko świadczenia udzielone w II półroczu. W 2013 r. nie wykonano zaplanowanych w umowie liczby punktów rozliczeniowych, na plan 10.300 jednostek rozliczeniowych wykonano 10.058 (o 2,4% mniej), mimo że liczba udzielonych świadczeń wzrosła o 330 w porównaniu do 2012 r. i o 288 – w porównaniu do 2011 r. Rzeczywiste wykonanie było niższe niż zakładane, pomimo przyjęcia większej liczby pacjentów, ponieważ obniżono wycenę wielu świadczeń w katalogu NFZ w stosunku do roku poprzedniego.

Liczba udzielonych świadczeń w Poradni w 2011 r. wyniosła 1.827, w 2012 r. – 1.659, a w 2013 r. – 2.084 porady.

[Dowód: akta kontroli str. 480, 491-493, 509, 512-513, 622-641, 668-697, 698 -699]
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Poradnię w latach 2011 – 2013 przyniosło dodatni wynik finansowy, a w I kwartale 2014 r. wynik ujemny. Suma przychodów za lata 2011 – 2014 (I kwartał) wyniosła 274.110,60 zł. Łączne koszty świadczeń udzielonych w latach 2011 – 2014 (I kwartał) stanowiły kwotę 244.600,44 zł, na którą złożyły się podobnie jak w Oddziale – koszty bezpośrednie w wysokości 168.484,67 zł, koszty pośrednie – 14.442,43 zł, koszty procedur – 39.856,58 zł i koszty zarządu – 21.816,76 zł.

[Dowód: akta kontroli str.532, 621]

Opis stanu
faktycznego

1.3. Realizacja umowy i wynik finansowy w POZ

W dniu 25 stycznia 2011 r. została zawarta umowa nr 061/100014/POZ/05/2011 pomiędzy Szpitalem a MOW NFZ w Krakowie o udzielanie świadczeń lekarza, pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

W okresie 2011 – 2014 I kwartał, stawka kapitacyjna w świadczeniach lekarza POZ nie uległa zmianie i wynosiła - 96 zł w skali rocznej. Nie uległy zmianie stawki kapitacyjne pielęgniarki i położnej.

Wartość świadczeń udzielonych w POZ miała tendencję wzrostową i w 2011 r. wyniosła 2.800.512,20 zł, w 2012 r. 2.854.037 zł, w 2013 r. 2.857.231,90 zł, a w I półroczu 2014 r. 1.393.795,73 zł.

POZ osiągała dodatni wynik finansowy, który w 2011 wynosił 320.449,3 zł, w 2012 r. 113.141,11 zł, w 2013 r. 159.174,26 zł, a w I kwartale 2014 r. wynosił 3.004,17 zł. Według sprawozdań przekazanych do NFZ za 2011 r. liczba osób na liście aktywnej

⁶ Cena punktu w 2011 r. wynosiła 8,50 zł a w latach 2012 – 2013 – 9,30 zł

POZ w styczniu wyniosła 20.097, w tym udział osób w podeszłym wieku wynosił 3.224 (16,64%), a w czerwcu odpowiednio 20.566 i 3998 (17,66%).

W 2012 r. liczba osób na liście aktywnej POZ w styczniu wynosiła 18.927, w tym osób w podeszłym wieku – 3.228 (17,9%), w czerwcu odpowiednio 18.755 i 3288 (18,3%), a w 2013 r. – w styczniu – 18.787 i 3.359 (18,8%) i w czerwcu – 18.691 i 3.433 (18,4%). Należności szpitala dla osób w wieku podeszłym były ustalane według stawki kapitałowej skorygowanej o „dwukrotny” współczynnik dla tej grupy wiekowej, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ⁷.

Z wystawionych przez Szpital faktur nr 02014/SP2/2013/DERS za miesiąc styczeń 2013 r. oraz nr 07017/SP2/2013/DERS za czerwiec 2013 r. wynikało, iż ogólna liczba osób, za które naliczono stawki kapitałowe była niższa od liczby przekazanej w sprawozdaniu do NFZ.

Kierownik Działu Analiz Medycznych i Weryfikacji Działalności Leczniczej wyjaśnił, że warunkiem objęcia opieką lekarza POZ jest wypełnienie deklaracji przystąpienia do konkretnej poradni POZ. Deklaracje są wpisywane do systemu informatycznego i na początku każdego miesiąca przesyłane zbiorczo do NFZ. Dane te podlegają weryfikacji NFZ, który przekazuje zwrótnie informację o poprawnie zweryfikowanej liczbie deklaracji. Na podstawie liczby przekazanej przez NFZ, Szpital wystawia fakturę dotyczącą zapłaty za listy aktywne. Różnica pomiędzy liczbą deklaracji wprowadzonych do systemu Szpitala, a pozytywnie zweryfikowanymi przez NFZ może wynikać ze złożenia przez pacjenta deklaracji u innego świadczeniodawcy w terminie późniejszym, śmierci pacjenta, faktu, że deklaracja zawierała błędny PESEL, zdublowania deklaracji (...). NFZ przekazuje świadczeniodawcom informacje jedynie o liczbie poprawnie zweryfikowanych deklaracji, nie wskazując które deklaracje nie zostały pozytywnie zweryfikowane i dlaczego.

W okresie 2011 – 2014 (I kw). NFZ nie nałożył kar umownych na Szpital z tytułu realizacji umów dotyczących świadczeń udzielanych osobom w wieku podeszłym w ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (leczenie szpitalne) oraz Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej (ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zauważa, że brak uaktualnienia listy aktywnej o osoby niezwerfikowane pozytywnie przez NFZ powoduje, że sprawozdania przekazywane przez Szpital są obciążone błędem oraz dodatkowo obciąża się system informatyczny danymi tych osób.

[Dowód: akta kontroli str. 109, 704-795, 803, 804-817, 873-876

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie rozliczenie umów zawartych z NFZ, w części dotyczącej geriatrii.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

2.1. Udzielanie świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

Opis stanu faktycznego

a/ zasoby kadrowe

Na dzień 9 maja 2014 r. (po ostatniej zmianie umowy) na oddziale zatrudnionych było 35 lekarzy, z tego w pełnym wymiarze czasu pracy - 13 lekarzy (37 godzin i 55 minut tygodniowo), w tym: 12 rezydentów w trakcie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, 9 lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w wymiarze jednego etatu, lecz w Oddziale pracują krócej niż po 37 godzin i 55 minut tygodniowo, 3 lekarzy na ½ etatu, 1 w wymiarze 0,7 etatu, 9 lekarzy zatrudnionych zostało na umowę zlecenia. Wymieniona kadra lekarska obsługuje wszystkie trzy zakresy świadczeń w Oddziale. Ponadto zatrudniano psychologa w wymiarze 1 etatu (o specjalizacji psycholog kliniczny), dwoje fizjoterapeutów o specjalności technik fizjoterapii (2 etaty), trzech operatorów aparatury medycznej (3 etaty), czterech dietetyków żywieniowych (4 etaty), dwie specjalistki ochrony zdrowia (2 etaty). Zatrudniano 33 pielęgniarki w tym 32 w pełnym wymiarze czasu pracy (37 godzin i 55 minut tygodniowo) i jedną w wymiarze 11 godzin i 30 minut tygodniowo. Wśród

⁷ Zarządzenie nr 85/2011/DSOZ z dnia z 17 listopada 2011 r.

zatrudnionych pielęgniarek jedna osoba posiadała specjalizację w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego.

Ordynator Oddziału posiada trzy specjalizacje, w tym z zakresu geriatry. Wśród zatrudnionych, lekarzy 11 legitymuje się posiadaniem specjalizacji w zakresie geriatry. Liczba godzin pracy w tygodniu lekarzy geriatrów stanowiła równoważnik 5,77 etatów⁸ (nie dotyczy dyżuru medycznego).

Stan zatrudnienia w Oddziale był zgodny z pkt 14, 20 i 41 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

b/ warunki lokalowe

Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii funkcjonuje w budynku przy ul Śniadeckich nr 10 w Krakowie. Pomieszczenia Oddziału zlokalizowane są na I i II piętrze, z trzema windami przystosowanymi dla osób niepełnosprawnych. Budynek posiada podjazd dla osób niepełnosprawnych na wózkach, a ciągi komunikacyjne i korytarze posiadają odpowiednie poręcze. Oddział jest zabezpieczony w nocy odpowiednim oświetleniem oraz oświetleniem awaryjnym na wypadek przerw w dostawie energii. Oddział posiada na I piętrze 13 sal dla chorych, w których znajduje się 47 łóżek, ustawionych w odstępach umożliwiających swobodny dostęp do pacjentów⁹. Na II piętrze, Oddział posiada 6 sal dla 16 chorych¹⁰ oraz 2 stanowiska intensywnej opieki medycznej, dedykowane dla Oddziału. Łóżka dla chorych posiadają regulację wysokości oraz materace przeciwoleżynowe, ponadto w posiadaniu Oddziału jest 5 szt. specjalnych pneumatycznych materaców.

Oddział posiada sprawną instalację przywoławczą, znajdującą się przy każdym łóżku chorego oraz w łazienkach. Pokoje łóżkowe dla chorych na I piętrze są wyposażone w sanitariaty z natryskiem, toaletą i umywalką, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Na II piętrze pokoje dla chorych wyposażone są w umywalkę toaletę, niedostosowaną dla osób niepełnosprawnych, jednakże na tym piętrze znajduje się odrębne pomieszczenie sanitarne z natryskiem i toaletą, dostosowane dla osób niepełnosprawnych.

Oddział posiada zaplecze rehabilitacyjne dla chorych, zlokalizowane w jednej sali na I piętrze, wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny¹¹. Pomieszczenia Oddziału spełniały warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań jakim winny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

c/ wyposażenie w sprzęt

W dniu oględzin (13 czerwca 2014 r.) w Oddziale znajdował się sprzęt medyczny¹², wymieniony w załączniku nr 3 pkt 14, 20 i 41 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w umowie z NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 655-661, 643-645, 905-947]

⁸ Liczba godzin pracy w tygodniu: 1 lekarz geriatra zatrudniony w wymiarze 37 godzin i 55 minut, 1 w wymiarze 35 godzin 25 minut 1 – 18 godzin 55 minut, 1 - 14 godzin 45 minut 1 – 21 godzin, 1 - godzin, 1 – 15 godzin, 1 – 16 godzin, 1 – 18 godzin, 1 – 2 godziny, 1 – 27 godzin - łącznie 218 godzin i 54 minuty.

⁹ Dwa pokoje dwuosobowe, trzy pokoje trójosobowe, 6 pokoi pięciosobowych, i jednoosobowa izolatka.

¹⁰ Jedna sala czteroosobowa, 2 trójosobowe, i 3 sale dwuosobowe. W skład zespołu pomieszczeń na każdym piętrze znajduje się pokój pielęgniarstwa, dyżurka lekarska, 1 pokój diagnostyczno-zabiegowy, pokój psychologa (I piętro), pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu wyposażone w natrysk.

¹¹ Oddział posiada następujący sprzęt rehabilitacyjny m.in. UGUL, PUR z osprzętem, stół do ćwiczeń manipulacyjnych, trzy cykloergometry, siedem chodzików niskich, jeden chodzik wysoki, podnośnik dla pacjentów oraz pionizator.

¹² Wyposażenie Oddziału w sprzęt medyczny: 10 szt. pomp infuzyjnych, trzy zestawy sprzętu do udzielania pierwszej pomocy, glukometry, pięć pulsoksymetrów (cztery jako cecha kardiomonitora, jeden odrębny), w cztery kardiomonitora, w cztery aparaty EKG (12 odprowadzeniowe), w jeden aparat USG (mobilny), dwa aparaty Rtg (w tym jeden przyłózkowy). Ponadto dostępne są dla potrzeb Oddziału: dwa tomografy komputerowe znajdujące się w Pracowniach Tomografii Komputerowej przy ul. Kopernika 19 oraz Botanicznej 3. Dwa aparaty rezonansu magnetycznego są dostępne dla Oddziału w Pracowni Rezonansu Magnetycznego przy ul. Kopernika 19 i 50. Angiograf dostępny jest w Pracowni Angiologii i Radiologii Interwencyjnej.

Opis stanu
faktycznego

2.2. Warunki udzielania świadczeń w Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej

a/ zasoby kadrowe

W Poradni pracuje pięciu lekarzy posiadających specjalizację w zakresie geriatry. Poradnia jest czynna od poniedziałku do piątku w tym: w poniedziałek w godzinach od 10:00 do 14:00 (4 godz.), we wtorek od 12:00 do 18:00 (6 godz.), w środę od 9:00 do 14:00 (5 godz.), w czwartek od 10:00 do 14:00 (8 godz.), w czwartek od 10:00 do 18:00 (8 godz.), w piątek od 10 do 14:00 (4 godz.). Łączny czas pracy lekarzy wynosił 32,5 godziny tygodniowo, zgodny z ostatnią zmianą przekazaną do NFZ w dniu 28 maja 2014 r. Liczba lekarzy oraz pielęgniarek była zgodna z zawartą umową.

b/ warunki lokalowe

Specjalistyczna Poradnia Geriatryczna zlokalizowana jest w budynku znajdującym się w Krakowie przy ul. Śniadeckich nr 10. Pomieszczenia Poradni znajdują się na parterze budynku wyposażonego w podjazd posiadający poręcze dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach.

Poradnia dysponuje dwoma gabinetami lekarskimi, dwoma pokojami dla dwóch pielęgniarek, poczekalnią i toaletą dla pacjentów, dostosowaną dla osób niepełnosprawnych.

c/ wyposażenie w sprzęt

Poradnia posiadała na stanie sprzęt medyczny, zgodny z wykazany w umowie z NFZ¹³.

[Dowód; akta kontroli str. 647- 651, 662, 948-950]

Liczba zatrudnionego personelu – lekarzy specjalistów w geriatry, personelu pomocniczego i wyposażenie Poradni w sprzęt medyczny spełniała warunki określone w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w umowie z NFZ.

Opis stanu
faktycznego

2.3. Warunki udzielania świadczeń w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

a/ zasoby kadrowe

Udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w POZ zajmowało się 15 lekarzy, w dniach ustalonych w harmonogramie, tj. w poniedziałek, wtorek, środę, czwartek, piątek w godzinach od 8.00 do 20.00., natomiast gabinet zabiegowy był czynny od godz. 7:00 do 20.00, tj. w czasie ustalonym w umowie zawartej z NFZ. Jedenastu lekarzy legitymowało się II stopniem specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, jeden z II stopniem specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych był jednocześnie specjalistą medycyny sądowej oraz posiadał I stopień specjalizacji w chorobach wewnętrznych, dwie lekarki posiadały specjalizację w zakresie geriatry. W dniu 11 lipca 2014 r. przekazano do NFZ uaktualniony harmonogram przyjęć pacjentów przez lekarzy POZ, celem zatwierdzenia przez NFZ. Od dnia 15 lipca udzielanie świadczeń przez lekarzy POZ odbywało się od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 – 18.00. Zmiany dokonano na wniosek NFZ.

b/ warunki lokalowe

Pomieszczenia Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej zlokalizowane są na parterze budynku znajdującego się w Krakowie przy ul. Śniadeckich nr 10.

Warunki lokalowe¹⁴ odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

¹³ trzy aparaty EKG (w tym jeden mobilny wspólny dla poradni i oddziału chorób wewnętrznych i geriatry), jeden densytmeter, aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego, dwa aparaty USG, jeden aparat RTG, pięć aparatów Holter, dwa gleukometry oraz wagę lekarską.

¹⁴ Przychodnia posiada: osiem gabinetów lekarskich¹⁴, tj. w liczbie zapewniającej udzielanie świadczeń przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jeden gabinet zabiegowy, czynny w trakcie udzielania porad lekarskich, gabinet EKG; gabinet pobrań krwi; punkt szczepień, gabinet pielęgniarek środowiskowych (czterech), gabinet położnych środowiskowych (dwóch) oraz pokój rejestracji pacjentów. W rejestracji znajdują się szafy, przystosowane do przechowywania dokumentacji medycznej. Szczepienia ochronne odbywają się w dniach i godzinach dostępności do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przychodnia posiada dwa pomieszczenia sanitarne – jedno dla pacjentów przystosowane do osób niepełnosprawnych, drugie dla personelu POZ. Poczekalnia dla świadczeniobiorców znajduje się w korytarzu.

c/ wyposażenie w sprzęt

W dniu oględzin (15 lipca 2014 r.) Przychodnia była wyposażona w sprzęt medyczny, zgodnie z wymaganiami określonymi w części V załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁵.

[Dowód: akta kontroli str. 622-644, 948-950, 967-969]

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK zasoby kadrowe, warunki lokalowe i wyposażenie Przychodni POZ odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz określonym w umowie z NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 699-700, 877-878, 885, 890-893]

3. Procedury diagnostyczne i terapeutyczne

3.1. Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

Opis stanu faktycznego

Na podstawie oględzin kart zdrowia i choroby 43 pacjentów w wieku podeszłym, hospitalizowanych w latach 2011 – 2013 ustalono, iż w 40 przypadkach pacjenci ci trafili do Oddziału w trybie nagłym ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Trzech pacjentów zostało przyjętych na podstawie skierowania wystawionego w poradniach Szpitala Uniwersyteckiego¹⁶. Dokumentacja szpitalna we wszystkich badanych przypadkach była prowadzona starannie, była kompletna i nie budziła zastrzeżeń, zawierała epikryzę z opisem przebiegu hospitalizacji, kartę informacyjną, zawierającą opis rozpoznania głównego i choroby współistniejące, informację o zastosowanych lekach, wyniki badań, przebieg leczenia i zalecenia. Do dokumentacji załączono karty zleceń. Z dokumentacji wynikało, iż 38 pacjentów wypisano do domu pod opiekę rodziny i do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, trzy osoby zmarły, jedną przeniesiono na Oddział Chirurgii, jedną do hospicjum.

Głównym wskazaniem przyjęcia na hospitalizację było w większości zapalenie płuc¹⁷.

W jednym przypadku pacjent nie podał informacji na jakie schorzenia się leczył przed przyjęciem do Oddziału. W pozostałych 42 przypadkach odnotowano u pacjentów od 1 do 15 schorzeń¹⁸. Podczas pobytu w Oddziale, hospitalizowanym pacjentom 65+ wykonano od 10 do 50 i więcej badań diagnostycznych¹⁹. Liczba badań powiązana była z długością pobytu w szpitalu.

Długość pobytu na leczeniu była zróżnicowana i wynosiła od 3 dni do 45 dni.²⁰

Oprócz badań diagnostycznych wykonano 36 konsultacji lekarskich dla 14 hospitalizowanych pacjentów.

¹⁵ Wyposażenie POZ m.in. w aparaty do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskopy, znajdują się w 8 gabinetach lekarskich, gabinecie zabiegowym, w wyposażeniu neseserów pielęgniarek i położnych środowiskowych, dwa aparaty EKG, glukometry znajdujące się w wyposażeniu gabinetów: lekarskich, zabiegowego, neseserów pielęgniarek środowiskowych i położnych środowiskowych, łóżka szpitalne we wszystkich gabinetach, otoskop, telefony stacjonarne w każdym gabinecie, pielęgniarki środowiskowe i położne posiadają również służbowe telefony komórkowe, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej i zestaw przeciwwstrząsowy, dostępny zestaw reanimacyjny, tablice do badania wzroku, lodówkę, zestaw narzędzi chirurgicznych, stół zabiegowy, zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, szafę do przechowywania leków. Nesesery pielęgniarek i położnych środowiskowych wyposażono m.in. w zestawy przeciwwstrząsowe.

¹⁶ przez lekarza POZ Szpitala Uniwersyteckiego, lekarza z Poradni Reumatologicznej oraz lekarza z Poradni Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Uniwersyteckiego

¹⁷ zapalenie płuc – 10 przypadków, niedokrwistość – 8 przypadków, nieokreślony uraz głowy – 1 przypadek, niewydolność serca nieokreślona – 5 przypadków, duszność – 4 przypadki, złamania – 2 przypadki, inne – 9 przypadków (2 przypadki wymiotów, oprzodzenie odleżynowe, rak jelita grubego, przepuklina pępkowa, 2 przypadki bólu głowy, 2 przypadki niewydolności nerek), krwotok żołądkowo jelitowy nieokreślony – 1 przypadek, cukrzyca insulinozależna - 1 przypadek, nowotwór złośliwy płuca - 1 przypadek, nadciśnienie – 1 przypadek.

¹⁸ w 17 przypadkach od 1 do 5 schorzeń, na które leczy lub leczył się pacjent, w 11 przypadkach od 6 do 7 schorzeń, w 7 przypadkach od 8 do 9 schorzeń, trzy przypadki z 11 schorzeniami oraz jeden z 15 schorzeniami.

¹⁹ tj. sześciu osobom do 10 badań diagnostycznych, 12 osobom do 20 badań, 9 osobom do 30 badań, 9 osobom do 40 badań oraz 7 osobom do 50 i więcej badań.

²⁰ 15 osób przebywało od 3 do 10 dni, 14 osób od 11 do 20 dni, 9 osób od 21 do 30 dni, 4 osoby od 31 do 40 dni i jedna osoba przebywała 45 dni.

W 2012 r. wykonano 160 całościowych ocen geriatrycznych, co stanowiło 16,23% spośród 986 pacjentów leczonych w zakresie geriatry. W 2013 r. wykonano 209 całościowych ocen geriatrycznych co stanowiło 17,33% spośród 1.206 pacjentów, leczonych w zakresie geriatry.

W 2012 r. większość całościowych ocen geriatrycznych – 89 (55,6%) wykonano pacjentom w przedziale wiekowym od 81 do 90 roku życia, 44 (27,5%) oceny – pacjentom wieku od 91 do 104 lat, 24 (15%) oceny – pacjentom w wieku od 71 do 80 lat oraz 3 (1,9%) oceny – pacjentom w wieku od 62 do 70 lat.

W 2013 r. oceny zostały wykonane pacjentom w podobnych przedziałach wiekowych tj. odpowiednio 120 (57,4%), 43 (20,6%), 35 (16,7%) i 11 (5,3%).

Całościowa ocena geriatryczna jest wykonywana u chorych, którzy spełniają określone kryteria (w skali VES uzyskali 3 lub więcej punktów). Procedura może być rozliczana do Narodowego Funduszu Zdrowia tylko 1 raz w danym roku, co w przypadku częstych hospitalizacji powoduje ograniczenie ich wykonywania. U chorych, którzy ze względu na stan zdrowia nie rokują wyjścia do domu – w terminalnym stanie choroby – wykonywanie procedury jest niecelowe, podobnie jak u pacjentów objętych opieką instytucjonalną.

Przyjęcia na Oddział odbywają się całą dobę we wszystkie dni tygodnia. Informacje o stanie nowo przyjętych pacjentów przekazywane są personelowi Oddziału podczas codziennych odpraw u ordynatora. Ponadto codziennie odbywają się wizytacje chorych.

Praca psychologa w Oddziale polegała na diagnostyce psychologicznej (poprzez testy psychologiczne i wywiady), wsparciu psychologicznym pacjenta i terapii psychologicznej. Potrzebę udzielenia wsparcia psychologicznego zlecał lekarz prowadzący pacjenta lub wynikało to z obserwacji pielęgniarki. W ciągu trwającego 7godzin i 35 minut dnia pracy, psycholog prowadził konsultacje psychologiczne z ok. 7 – 8 pacjentami. Pierwszorazowe badanie i rozmowa psychologiczna z pacjentem trwały od 45 minut do 1 godz. Następne rozmowy, w zależności od potrzeb pacjenta, trwały od 30 min do 1 godziny.

W Oddziale prowadzono rehabilitację osób w wieku podeszłym. Zabiegi rehabilitacyjne były zlecane przez lekarzy w kartach zabiegów rehabilitacyjnych, w których wpisywano rozpoznanie i rodzaje zabiegów. Najczęściej wykonywanym zabiegiem była rehabilitacja oddechowa, której czas trwania wynosił od 10 do 15 minut. Kolejną przyczyną rehabilitacji były stany po upadku tzw. reedukacja chodu, zabieg trwający ok. 15 – 20 minut. W przypadku schorzeń kardiologicznych Oddział posiada ściśle określone procedury i według nich prowadzi się rehabilitację. Każdy zabieg udokumentowany był w karcie zabiegów. Na jednego rehabilitanta przypadało dziennie ok. 10 zabiegów.

W ramach Oddziału prowadzono co dwa tygodnie szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek, m.in. z zakresu opieki nad osobami w wieku podeszłym. Około 30% tych szkoleń dotyczyło zagadnień z zakresu geriatry, np. „Test rysowania zegara – interpretacja, zalety i ograniczenia na podstawie badań własnych”, „Problemy z komunikacją z chorym i jego rodziną”, „Zaburzenia poznawcze”.

[dowód: akta kontroli str. 120, 879, 883A, 886- 887, 951-958, 960,966, 1056-1061]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia prowadzenie dokumentacji medycznej, oraz stosowania kompleksowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

Opis stanu faktycznego

3.2. Specjalistyczna Poradnia Geriatryczna

Zbadano 30 kart historii zdrowia i choroby. W 22 przypadkach przyjęcie pacjentów do Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej odbyło się w na podstawie skierowania od lekarza POZ, w 8 przypadkach – na podstawie skierowań z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatry Szpitala Uniwersyteckiego.

Głównym wskazaniem do leczenia było: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienne serca, miażdżyca, otępienie bliżej nieokreślone, cukrzyca typu II, choroba Alzheimera i inne. Do poradni kierowano przeważnie pacjentów z wielochorobowością, wśród badanych 30 kart tylko jeden pacjent był skierowany z wymienionym jednym schorzeniem – zaburzeniem pamięci, trzech pacjentów – z dwoma schorzeniami, ośmiu – z trzema schorzeniami, dziewięciu z czterema schorzeniami, pięciu

z pięcioma schorzeniami, dwóch z sześcioma schorzeniami, jeden z siedmioma schorzeniami oraz 1 z dziesięcioma schorzeniami.

Pacjenci z wylosowanych kart historii zdrowia i choroby przyjmowali od 4 do 10 leków. W latach 2011 – 2013 r. u 26 pacjentów odnotowano pomiar wagi, w tym jednokrotny u 20 pacjentów, dwukrotny u 5 pacjentów, trzykrotny u jednego pacjenta.

Dla czworga pierwszorazowych pacjentów przewidziano czas na wizytę w wymiarze jednej godziny. Wizyty pozostałych pacjentów zaplanowano w odstępie 20 minut.

Najczęściej przyjmuje się jednego pacjenta pierwszorazowego dziennie, któremu poświęca się średnio jedną godzinę czasu. W trakcie badania dokonuje się również oceny stanu psychicznego pacjenta (ocenę auto- i allopsychiczną), poprzez przeprowadzenie testu MMSE. Ponadto podczas pierwszej wizyty wykonywane są badanie EKG i tomografia komputerowa głowy, ponieważ pacjenci cierpią często na zaburzenia pamięci i depresję. Znaczną część czasu zajmuje ustalenie rodzajów leków jakie dotychczas pacjent przyjmował oraz ich redukcja do niezbędnego minimum.

Z kart zdrowia i choroby wynikało, iż u 18 pacjentów wykonano częściową ocenę geriatryczną z zastosowaniem narzędzi np. GDS w ocenie skali depresji, testu rysowania zegara, testu aktywności poznawczej MMSE, oceny chodu i równowagi – testu Tinetti itp. W przypadku pacjenta nr 7 dokonano dwukrotnej oceny stanu psychicznego, dwukrotnie testu zegara, jedno badanie psychologiczne, dwukrotnie oceny stanu depresji. Podsumowania wyników dokonała lekarz prowadząca zalecając przywrócenie stosowania sertagenu 50 mg. W pozostałych 17 przypadkach w dokumentacji medycznej znajdowały się ww. testy, w których zamieszczono osiągnięty wynik punktowy, lecz w dokumentacji nie odnotowano wniosków wynikających z przeprowadzonych testów w zakresie leczenia i opieki nad pacjentem. Sprawujący nadzór nad Poradnią Ordynator Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych wyjaśnił, iż podsumowaniem przeprowadzonej oceny jest sam wynik badania MMSE, GDS oraz testu zegara wpisany każdorazowo w przeprowadzonym badaniu. Wnioski odnośnie zaawansowania chorób oraz skuteczności terapii, ustalenia rodzaju i dawki leku, zostały wyciągnięte w oparciu o całościowy, określony w punktach wynik badania, zgodnie z obowiązującą wiedzą w tym zakresie. Nie ma zatem konieczności opisywania poszczególnych składowych tych skal i ich oddzielnego interpretowania. [Dowód: akta kontroli str.120, 959, 970-974, 980-1014] Zdaniem NIK podsumowanie wyników testów – narzędzi pomocnych do zdiagnozowania pacjenta, winno być odnotowane w karcie pacjenta w postaci wniosków, co ułatwiłoby przy ponownych badaniach przeprowadzenie analizy postępu lub jego braku w zastosowanym leczeniu i rehabilitacji.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Opis stanu faktycznego

3.3. POZ

Z oględzin 30 kart historii zdrowia i choroby wynikało, iż w okresie 2011 – 2014 tylko w czterech przypadkach dokonano pomiaru wagi pacjentów. Kierownik Działu Analiz Medycznych i Weryfikacji Działalności Leczniczej wyjaśnił, iż ciężar ciała jest określany u pacjenta wówczas, kiedy ma to znaczenie diagnostyczno-terapeutyczne. Zawsze określa się ciężar ciała pacjenta na skierowaniu do badań radiologicznych oraz leczenia sanatoryjnego.

Pacjentów POZ cechowała wielochorobowość – u dwóch pacjentów stwierdzono jednocześnie występowanie nawet ośmiu schorzeń²¹. W związku z tym byli kierowani do różnych specjalistów – w badanym okresie wydano łącznie 111 skierowań.

Z ogólnej liczby 30 pacjentów tylko trzy osoby skierowano do lekarza geriatry, mimo występującej wielochorobowości u innych pacjentów i w związku z tym kierowaniu ich do wielu specjalistów²².

Uwagi dotyczące badanej działalności

²¹ U pacjentów występowała wielochorobowość, tj u pięciu pacjentów odnotowano dwa schorzenia, u sześciu trzy schorzenia, u 11 pacjentów – cztery, u czterech – pięć, u jednego – sześć, u dwóch – osiem schorzeń.

²² Pacjenci nr 16 kierowano do Poradni Chorób Naczyń, Neurologicznej, Ortopedycznej, Chirurgicznej oraz Rehabilitacyjnej, 17 do Reumatologa, Neurologa, Kardiologa, 2 krotnie do Chirurga, Endokrynologa, Alergologa, 19 Diabetologa, Kardiologa, Poradni Rehabilitacyjnej, Laryngologa, 2 krotnie do Endokrynologa, Poradni Osteoporozy, Poradni Naczyniowej.

W przypadku pacjentów nr 7, 12 i 22 wydano również odpowiednio po 8, 9 i 5 skierowań do specjalistów, lecz osoby te pozostawały pod opieką lekarzy specjalistów w zakresie geriatry, zatrudnionych w POZ.

O przyczynach braku skierowań pacjentów do Poradni Geriatrycznej lekarze POZ wyjaśnili że:

- pacjenci mają ustalony sposób leczenia i nie istnieje potrzeba indywidualnego podejścia do wszystkich schorzeń,
- ze względu na wiek i konstytucję psychiczną pacjenta informacja o proponowanym leczeniu geriatrycznym pogorszyłaby samopoczucie,
- schorzenia na jakie cierpią pacjentki wymagają leczenia w odpowiednich poradniach specjalistycznych, w których są zarejestrowane już od wielu lat.

[Dowód: akta kontroli str.701,975-979,1015-1022]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła niewielką liczbę skierowań pacjentów do specjalistów w zakresie geriatry, na 30 zbadanych przypadków skierowano tylko trzech pacjentów (10%), mimo że u kilku innych pacjentów występowała wielochorobowość, skutkująca kierowaniem ich do 4 - 9 różnych specjalistów. Z informacji uzyskanych od konsultantów w zakresie geriatry wynikało, iż opieka nad pacjentem wielochorobowym w wieku 65+ realizowana przez geriatrę jest dla pacjenta najkorzystniejsza i najbardziej skuteczna, a zarazem najtańsza dla systemu.

4. Zasady prowadzenia list pacjentów oczekujących na wizytę

Opis stanu faktycznego

Listy oczekujących (księgi oczekujących) prowadzone były w Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej. W Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatry w badanym okresie nie było osób w podeszłym wieku oczekujących na przyjęcie na hospitalizację.

W Poradni Geriatrycznej prowadzona księga oczekujących zawierała dane określone w art. 20 ust 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.²³

W miesiącach styczeń i czerwiec poszczególnych lat 2011, 2012, 2013 i 2014 nie stwierdzono skreślenia pacjenta przez świadczeniodawcę. Wystąpiły natomiast przypadki „przeterminowania”, polegające na tym że pacjent nie zgłosił się we wskazanym terminie. Informacje o zmianie terminów udzielania świadczeń przekazywane były telefonicznie, jednocześnie informowano o przyczynie zmiany terminu.

W badanym okresie w odnotowanych w księdze kategoriach medycznych wystąpiły wyłącznie przypadki stabilne.

W Szpitalu obowiązywała instrukcja dotycząca okresowej oceny list oczekujących na świadczenia. W każdej jednostce organizacyjnej Szpitala powołano Zespoły Oceny Przyjęć, które miały obowiązek comiesięcznego przedstawiania raportu z oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia. Z badania 5 protokołów z posiedzenia Zespołu Oceny Przyjęć w Poradni wynikało, iż nie wystąpiły przypadki przekwalifikowania pacjentów, w związku z pogarszającym się stanem zdrowia i w związku z tym korygowania terminu przyjęć pacjentów 65+.

W badanym okresie liczba oczekujących wynosiła od 0 do 20, a czas oczekiwania od 23 do 51 dni.

W badanym okresie istniała możliwość kontaktu telefonicznego z Poradnią Geriatryczną, numer telefonu znajduje się na stronie internetowej Szpitala oraz umieszczony jest w okienku rejestracji. Przez telefon można otrzymać informacje dotyczące lekarzy pracujących w Poradni, godzin udzielania porad oraz terminów wizyt. Pacjent ma możliwość rejestracji telefonicznej.

[Dowód akta kontroli str. 120-121, 1023-1053]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

5. Badania satysfakcji pacjenta

Opis stanu faktycznego

Badanie satysfakcji pacjenta na Oddziale Chorób Wewnętrznych zostało przeprowadzone w 2013 roku i było częścią szerszego badania obejmującego cały szpital. Podczas badania starano się, aby uzyskane informacje z jednej strony opisywały Szpital jako całość, zaś z drugiej strony były wskazówkami, informacjami lub

²³ Dz. U. z 2008 Nr 164.1027 ze zm.

uwagami dla wszystkich oddziałów klinicznych biorących udział w badaniu. Pacjenci wypełniający ankiety pozytywnie ocenili pobyt na oddziałach.

[Dowód: akta kontroli str.122

6. Koszty leczenia pacjenta w wieku 65+

Opis stanu faktycznego

Na podstawie informacji uzyskanej z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ całkowite koszty leczenia 42 pacjentów po przebytej hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala, wyniosły od 203 zł do 43 tys. zł (jeden pacjent) tj.

- do 1 tys. zł – 6 pacjentów (14,29%),
- do 6 tys. zł – 13 pacjentów (30,95%),
- do 10 tys. zł – 5 pacjentów (11,90%),
- do 20 tys. zł – 5 pacjentów (11,90%),
- do 30 tys. zł – 4 pacjentów (9,52%),
- powyżej 30 tys. zł – 4 pacjentów (9,52%).

W przypadku 5 (11,90%) pacjentów MOW NFZ nie wykazał żadnych kosztów.

Na koszty w przedziale do 30 tys. zł, składały się m.in.²⁴ koszty radioterapii -11,7 tys. zł, koszty rehabilitacji neurologicznej – 10,9 tys. zł, koszty pobytu w zakładzie opiekuńczo leczniczym – 18,9 tys. zł, koszty pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 17,7 tys. zł.

Koszty w przedziale powyżej 30 tys. zł, dotyczyły dwóch pacjentów przebywających w Zakładach Opiekuńczo Leczniczych (ZOL)²⁵ oraz dwóch leczonych na choroby oznaczone JGP S03 – choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego.

[dowód: akta kontroli str. 1062-1066]

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

Opis stanu faktycznego

Zatrudniony w Oddziale lekarz specjalista w geriatrii, pełniący jednocześnie funkcję konsultanta wojewódzkiego, składał coroczne sprawozdania dotyczące opieki geriatrycznej w województwie małopolskim, zarówno w zakresie potrzeb, jak i jakości usług medycznych.

Z jednostkami prowadzonymi przez samorządy, m.in. placówkami pomocy społecznej pozostaje w stałym kontakcie zatrudniony w Szpitalu pracownik socjalny. Pracownik ten realizuje potrzeby pacjentów hospitalizowanych z czterech oddziałów, tj.: Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Medycyny Paliatywnej, Toksykologii i Onkologii. Zgłaszają się do niego pacjenci po zakończonym leczeniu szpitalnym lub ich rodziny, w przypadku problemów opiekuńczych i socjalnych. Celem tych zgłoszeń są sprawy związane z umieszczeniem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w domu pomocy społecznej, w noclegowni ośrodków interwencji kryzysowej lub domie samotnej matki. Ponadto przygotowuje on dokumentację w celu ustalenia stopnia niepełnosprawności, przeprowadza wywiady środowiskowe z pacjentami nieubezpieczonymi w celu uzyskania ubezpieczenia oraz w szczególnych przypadkach współpracuje z organami takimi jak sądy (uzyskanie zgody na umieszczenie w domu opieki społecznej lub ZOL-u) i policja. Pracownik zajmuje się dziennie średnio trzema osobami potrzebującymi pomocy.

Zakres współpracy uregulowany jest ogólnie obowiązującymi przepisami prawa.

[Dowód: akta kontroli str.119-121, 961-965

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie sformułowała wniosków pokontrolnych.

²⁴ Koszt leczenia pacjentki nr 4 wyniósł 23,4 tys. zł w tym z tytułu leczenia w Oddziale Radioterapii - koszt 11,7 tys. zł (z powodu raka sutka), pacjenta nr 13 wyniósł 29,0 tys. zł z tego 10,9 tys. zł stanowiły koszty rehabilitacji w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, pacjenta nr 35 koszt leczenia wyniósł 27,8 tys. zł w tym 18,9 tys. zł pobyt w ZOL, pacjenta nr 23 wyniósł 20,5 tys. zł, w tym Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 17,7 tys. zł.

²⁵ Pacjent nr 5 przebywał w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym (ZOL) w okresie od 22 listopada 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. – koszt pobytu wyniósł 43 tys. zł, pacjent nr 24 przebywał w ZOL od 22.03.2013r. do 30.06.2014r. - koszt 32,6 tys. zł, koszty leczenia dwóch pacjentów nr 19 i 42 wyniosły odpowiednio – 38,7 tys. zł, - 31,1 tys. zł było leczonych na choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego JGP-S03.

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

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 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag.

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

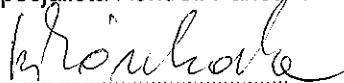
Warszawa, dnia 8 września 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler
Barbara Górkowska

Dyrektor
Piotr Wasilewski

Główny Specjalista Kontroli Państwowej



.....
podpis



.....
podpis

