NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Przydział KZD
Data 18.4.14 Zał. wyj. pk.
Teczka ..... Sprawa .....

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi
Data 11 KWI. 2014
Teczka LLO-

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

01641114

NK 20464/14

KZD-4110-001-01/2014
R/13/008

Warszawa, 8 kwietnia 2014 r.

Pan Kzz. Gołacki
- proszę o realizację.
11.04.2014 r.
P. G.

Pan
Przemysław Szewczyk
Dyrektor
Delegatury NIK w Łodzi

Szanowny Panie Dyrektorze,

W załączeniu przekazuję dwa egzemplarze wystąpienia pokontrolnego, sporządzonego po kontroli przeprowadzonej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi, z prośbą o ich przekazanie panu Dominikowi Gołackiemu, który powinien oba egzemplarze podpisać i jeden z nich dostarczyć kierownikowi jednostki kontrolowanej (była to ostatnia kontrola zrealizowana przez pana Gołackiego jako pracownika Departamentu Zdrowia). Jednocześnie proszę o odesłanie drugiego egzemplarza do Departamentu Zdrowia, wraz z potwierdzeniem dostarczenia wystąpienia pokontrolnego Dyrektorowi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Z poważaniem

DYREKTOR
Departament Zdrowia
Piotr Wasilewski

Otrzymałem
15.09.2014 r.

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4110-001-01/2014
R/13/008

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Wojskowej Akademii Medycznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Centrum Obsługi Wierzycieli
90-549 Łódź, ul. Żeromskiego 113
Nr 5039 Data 15.04.14r.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/13/008 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Dominik Gołacki, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 87387 z dnia 13 stycznia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Wiesław Chudzik, Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 3-5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości[1], działalność kontrolowanej jednostki związaną z realizacją umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – świadczenia w zakresie geriatrii oraz leczenie szpitalne (LSZ) w zakresie geriatria-hospitalizacja, od 2011 r. do 31 stycznia 2014 r.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą oceną uzasadnia w szczególności to, że:

- rzetelnie rozliczano umowy z NFZ w zakresie POZ, AOS i LSZ,
- zapewniano świadczeniobiorcom kompleksowość świadczeń w jednostkach organizacyjnych Szpitala,
- stosowano w szerokim zakresie Całościową Ocenę Geriatryczną, jako element opisujący sprawność i stan zdrowia osób w wieku podeszłym,
- współpracowano z Fundacją Wielkiej Orkiestry Pomocy Świątecznej dla pozyskania sprzętu i aparatury medycznej dla Oddziału Geriatrycznego,
- we współpracy z opieką społeczną obejmowano osoby w podeszłym wieku pomocą w sprawach formalno-prawnych związanych z dalszym postępowaniem po opuszczeniu Szpitala.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości polegały na tym, że:

- w ofercie na leczenie szpitalne w zakresie geriatra-hospitalizacja wskazano wymagane zabezpieczenie personelu medycznego pomimo niezatrudnienia fizjoterapeuty w pełnym wymiarze etatu,

[1] Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

- nierzetelnie sporządzano dokumentację medyczną, nie odnotowując istotnych informacji o przeszłości zdrowotnej pacjenta i aktualnych parametrach opisujących stan zdrowia,
- nie prowadzono edukacji zdrowotnej (w przypadku trzech z czterech lekarzy POZ),
- zaniechano regularnego kontrolowania ciśnienia tętniczego krwi i okresowej kontroli masy ciała pacjentów,
- wystąpiły rozbieżności między wykazem personelu wskazanego w umowach z NFZ a stanem faktycznym, w części dotyczącej personelu medycznego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Podstawowa Opieka Zdrowotna

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w wieku podeszłym (w wieku 65+)

W ramach POZ świadczeń zdrowotnych udzielali lekarze: medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz lekarze bez specjalizacji. W 2011 r. świadczeń udzielał również lekarz kardiolog.

(dowód: akta kontroli str. 6-9)

W grudniu 2012 r. Szpital zorganizował kurs doskonalący dla lekarzy POZ pn.: „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej". Realizacja kursu została pozytywnie zaopiniowana przez konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii. Udział w kursie wzięło m.in. czterech lekarzy POZ[2].

(dowód: akta kontroli str. 6-21)

W okresie od stycznia 2011 r. do 31 stycznia 2014 r. udział osób w wieku powyżej 65 roku życia, w ogólnej liczbie wszystkich osób zarejestrowanych w POZ na świadczenia lekarskie w Szpitalu, stanowił średnio 21,8%[3], natomiast na świadczenia pielęgniarskie - średnio 25,1%. W badanym okresie udział porad udzielonych w POZ osobom w wieku powyżej 65 roku życia stanowił średnio 39,1%, z czego udział osób w grupie wiekowej 65-79 lat średnio 26,8%, a osób w wieku 80 lat i więcej średnio 12,3%. Udział wizyt domowych u osób w wieku podeszłym, w stosunku do wszystkich domowych wizyt lekarskich (w ramach POZ), wyniósł średnio 70,9%, z czego u osób w wieku 65-79 lat – 23,5%, i osób starszych niż 79 lat – 47,4%.

Liczba zarejestrowanych w gabinecie położnej POZ kobiet w wieku 65 lat i więcej wynosiła[4]: w 2011 r. – 51 osób, w 2012 r. – 70 osób, w 2013 r. - 74 osoby i w styczniu 2014 r. - 7 osób.

(dowód: akta kontroli str. 22-45)

Osoby w wieku podeszłym były na bieżąco przyjmowane przez lekarzy POZ. Istniała możliwość wcześniejszego umówienia się na wizytę w przypadku wyczerpania stosowanych leków. Badania diagnostyczne były zlecane w ramach potrzeb.

---

[2] Zatrudnionych w Szpitalu na dzień przeprowadzenia kursu. Trzech lekarzy biorących udział w kursie, po ok. roku rozwiązało stosunek pracy ze Szpitalem.
[3] Wyliczenia oparto na danych z miesiąca stycznia i czerwca lat 2011-2014.
[4] Wg daty zgłoszenia.

Pacjenci kierowani do specjalistów kontynuowali u nich leczenie lub po ustaleniu rozpoznania i ustaleniu leczenia powracali do lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli str. 47-51)

1.2. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego oraz z jednostkami samorządu

Lekarze POZ, jak również lekarze Poradni i Oddziału Geriatrycznego, nie przekazywali organom administracji samorządowej informacji o stanie zdrowia populacji osób w wieku podeszłym. Sprawozdania statystyki publicznej, m.in. MZ-11 i MZ-12 przekazywane były do Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 52-68, 917-926, 1338-1358)

POZ współpracował z placówkami pomocy społecznej, ośrodkami rehabilitacji, ośrodkami dziennego pobytu dla osób starszych, domami opieki społecznej na ogólnie przyjętych zasadach. Współpraca ta jednak nie miała charakteru sformalizowanego.

(dowód: akta kontroli str. 47-51, 54-59)

Lekarze POZ wystawiali skierowania do Poradni Geriatrycznej w koniecznych sytuacjach, natomiast współpraca pomiędzy Oddziałem Geriatrycznym, a lekarzami POZ była sporadyczna i polegała jedynie na jednostkowych przypadkach kierowania pacjentów bezpośrednio do Oddziału. Informacja o stanie zdrowia pacjenta przekazywana była lekarzowi geriatrze za pomocą pisemnego skierowania z rozpoznaniem choroby. Jeżeli pacjent trafiał z POZ Szpitala do Poradni Geriatrycznej Szpitala, lekarz geriatra miał wgląd do jego historii choroby, za pośrednictwem systemu informatycznego funkcjonującego w Szpitalu.

Z analizy 34 Historii zdrowia i choroby pacjentów wynika, że osoby w wieku podeszłym były u lekarza POZ średnio 6,8 razy w ciągu 2013 r., z czego ok. 31% wizyt dotyczyło tylko i wyłącznie powtórzenia leków. Lekarze POZ, w stosunku do osób w wieku powyżej 65 roku życia, na bieżąco dokonywali okresowej oceny ich stanu zdrowia w trakcie kolejnych wizyt. Podgląd wewnętrznego systemu informatycznego umożliwiał śledzenie kontynuacji leczenia w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala. W sytuacjach, gdy pacjenci korzystali ze świadczeń w innym podmiocie leczniczym informacje o zakresie i wynikach udzielonych świadczeń lekarz POZ uzyskiwał z karty informacyjnej, którą dołączał do Historii zdrowia i choroby.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 87-98)

W kontrolowanym okresie jednostka organizacyjna POZ nie była wizytowana ani przez konsultanta krajowego, ani wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 49-51, 994-999)

1.3. Rozliczenia umów z NFZ

Umowy na świadczenia w rodzaju POZ Szpital zawarł w 2009 r.

Umowy na świadczenia: pielęgniarki, transportu sanitarnego, lekarza i położnej zostały przedłużone aneksami do końca 2014 r. na podstawie wniosku Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (dalej: ŁOW NFZ), o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych

ustaw[5]. Inne aneksy zawarte w kontrolowanym okresie dotyczyły zmian personelu i harmonogramu jego pracy, oraz zmian treści umów dotyczących wskazania podstaw prawnych ich realizacji.

Szpital samodzielnie realizował świadczenia POZ, bez udziału podwykonawców.

W załącznikach do faktur sprzedaży wystawianych za świadczenia lekarzy i pielęgniarek POZ, wyodrębnione były m.in. świadczenia udzielane ubezpieczonym powyżej 65 roku życia. W tym zakresie, w okresie od początku 2011 r. do 31 stycznia 2014 r., stawki kapitacyjne nie uległy zmianie. Jedynie zmianie uległa wysokość wskaźnika korygującego dla osób zadeklarowanych do lekarza POZ[6].

W umowach stawki kapitacyjne były ustalone w jednej wysokości, zarówno dla osób powyżej, jak i poniżej 65 roku życia. Należności Szpitala z tytułu świadczeń dla osób w wieku podeszłym były ustalane wg stawki kapitacyjnej skorygowanej o współczynnik korygujący dla tej grupy wiekowej, zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ. Faktury sprzedaży, w zakresie wysokości stawek kapitacyjnych, wskaźnika korygującego oraz liczby podopiecznych – osób ubezpieczonych, powyżej 65 roku życia, były prawidłowo wystawiane.

(dowód: akta kontroli str. 125-858)

W poszczególnych latach Szpital uzyskał przychody z tytułu realizacji kontraktu z ŁOW NFZ na świadczenia POZ w wysokości: 2.976.491,99 zł w 2011 r., 2.989.507,19 zł w 2012 r., 2.924.426,07 zł za 2013 r. i 241.097,36 zł za styczeń 2014 r. Pozostałe przychody stanowiły od 2,5% do 3,4% przychodów z kontraktu. Wynik finansowy, bez innych przychodów, wynosił w poszczególnych latach: (-) 877.060,90 zł w 2011 r., (-) 55.316,97 zł w 2012 r., 221.038,77 zł w 2013 r. i (-) 53.955,93 zł w styczniu 2014 r. Poprawa wyniku finansowego w latach 2011-2013 spowodowana była malejącymi kosztami działalności w ramach POZ.

(dowód: akta kontroli str. 859-862)

Przychody Szpitala z tytułu objęcia opieką osób w wieku powyżej 65 roku życia w zakresie świadczeń gwarantowanych POZ, wyniosły w poszczególnych latach: w 2011 r. - 854.622,44 zł (28,7% łącznych przychodów z POZ), w 2012 r. - 845.369,20 zł (28,3% łącznych przychodów z POZ), w 2013 r. - 851.841,52 zł (29,1% łącznych przychodów z POZ) i w styczniu 2014 r. - 68.332,92 zł (28,3% łącznych przychodów z POZ).

(dowód: akta kontroli str. 839-842)

Większość faktur wystawionych w badanym okresie była korygowana z uwagi na zmianę liczby osób zadeklarowanych do lekarza i pielęgniarki. Jedynie faktury za listopad 2011 r. oraz za grudzień w latach 2011-2013 nie były korygowane, z uwagi na brak informacji ze strony płatnika o potrzebie złożenia faktur korygujących. Korekty list osób zadeklarowanych do lekarza i pielęgniarki POZ realizowane były na podstawie informacji przekazywanych przez NFZ korespondencją tradycyjną z informacją o przeprowadzeniu weryfikacji kontrolnej oraz za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego ze wskazaniem co do miesiąca liczby osób podlegających korekcie w poszczególnych zakresach świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 841-846)

Na świadczenia lekarskie i pielęgniarskie POZ w Szpitalu, osób powyżej 65 roku życia, zarejestrowanych było średnio:

---

[5] Dz.U. z 2013 r. poz. 1290.

[6] Na podstawie zarządzenie nr 42/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 września 2011 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

	na świadczenia lekarskie	na świadczenia pielęgniarskie
– w 2011 r.	3.328	4.046
– w 2012 r.	3.258	4.128
– w 2013 r.	3.298	4.105
– w styczniu 2014 r.	3.135	4.093

W poszczególnych latach lekarze POZ udzielili średnio świadczeń[7]:

	liczba osób	liczba świadczeń
– w 2011 r.	1.554	1.935
– w 2012 r.	1.671	2.108
– w 2013 r.	1.549	1.918
– w styczniu 2014 r.	1.723	2.107

(dowód: akta kontroli str. 40-43, 839-840)

Szpital za miesiąc styczeń 2012, 2013 i 2014 r. złożył informacje o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w POZ w terminie późniejszym niż określony w § 17 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[8] (dalej: rozporządzenie w sprawie owu), ale mieszczącym się w terminie wyznaczonym przez ŁOW NFZ.

ŁOW NFZ, komunikatami zamieszczanymi na swojej stronie internetowej, informował o przedłużeniu terminów przesyłania list świadczeniobiorców oraz list uczniów do weryfikacji za miesiąc styczeń lat 2011-2014, w związku z: trwającym procesem podpisywania/zwierania/generowania umów w rodzaju POZ, pomimo że termin ten jednoznacznie został określony w ww. przepisie.

(dowód: akta kontroli str. 863-868)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W 34 poddanych badaniu Historiach zdrowia i choroby pacjentów POZ w wieku podeszłym nie odnotowano informacji dotyczących: pobytów w szpitalu lub o niekorzystaniu z takiego leczenia – w 9 przypadkach; w 23 przypadkach nie odnotowano informacji o zabiegach chirurgicznych oraz szczepieniach i stosowanych surowicach, lub o niestosowaniu takiego leczenia; natomiast w 31 przypadkach nie wskazano informacji o uczuleniach lub ich niewystępowaniu, a w 29 przypadkach o występowaniu lub nie obciążeń dziedzicznych. Nieuwzględnianie w Historiach zdrowia i choroby powyższych informacji naruszało postanowienia § 42 ust. 3 pkt 4-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[9].

   NIK zwraca uwagę, że nierzetelne prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej uniemożliwia pełne jej wykorzystanie w przypadkach nagłych zmian stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

---

[7] Szpital nie posiada danych o liczbie osób i świadczeń udzielonych osobom w wieku podeszłym przez pielęgniarki.
[8] Dz.U. nr 81, poz. 484.
[9] Dz.U. z 2014 r., poz. 177.

Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że w systemie informatycznym, wspierającym pracę poradni i klinik, istnieje pełna dowolność w zakresie budowy, zawartości i możliwości ewidencyjnych opisywanej informacji, zależnie od profilu poradni, pracowni czy kliniki. Po dwóch latach od wprowadzenia systemu Dyrekcja Szpitala dostrzegła niedociągnięcia w zakresie tworzenia dokumentacji medycznej, pomimo że kontrole NFZ nie miały uwag do jej prowadzenia. W ramach prac nad ujednoliceniem zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, przygotowano formularze precyzyjnie definiujące niezbędny zakres zbierania informacji. Dyrektor potwierdził, że przy pobieżnych oględzinach kilkunastu dokumentów lekarskich stwierdzono uchybienia dotyczące informacji o uczuleniach, czy pobytach w szpitalu, ale w innych dokumentach łatwo odnajdywano wpisy dotyczące zabiegów chirurgicznych, obciążeń dziedzicznych, szczepień i stosowanych surowic.

(dowód: akta kontroli str. 91-124)

2. Na podstawie opisów w 34 Historiach zdrowia i choroby pacjenta stwierdzono, że spośród 232 wizyt pacjentów w wieku podeszłym u lekarzy POZ, 72 wizyty (31%) dotyczyły wyłącznie przedłużenia leków. Jedynie w trakcie 110 wizyt odnotowano pomiar ciśnienia tętniczego krwi (RR). Tylko w pięciu Historiach odnotowano, co najmniej raz, masę ciała i wskaźnik BMI.

   Stosownie do postanowień pkt 4 ppkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej[10], w zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie.

   Regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi, jak i wskaźnik BMI są pomocne w ocenie ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia i metabolicznych, a także monitorowania procesu leczniczego.

   NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne, mogące skutkować niewykryciem przez lekarzy POZ pogarszającego się stanu zdrowia pacjentów.

   Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że z medycznego punktu widzenia, u osób starszych odchodzi się ostatnio od wyznaczania wskaźnika BMI mimo jego wagi w ocenie zagrożenia nadwagą i otyłością. Ale z racji edukacyjnej funkcji placówki jest on nadal stosowany jako pomocne narzędzie w edukacji dotyczącej zdrowego stylu życia, a Szpital dokłada wszelkich starań, aby ten zakres edukacji był realizowany jak najszerzej. W stosunku do rzadko przeprowadzanych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi Dyrektor się nie ustosunkował.

   (dowód: akta kontroli str. 91-124)

3. Trzech na czterech lekarzy POZ nie prowadziło edukacji zdrowotnej wśród pacjentów w wieku podeszłym, pomimo że obowiązek taki wynikał z pkt 3 ppkt 1 załącznika nr 1 ww. rozporządzenia. Przepis ten stanowi, że w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy, lekarz POZ prowadzi edukację zdrowotną. Lekarze ci zalecali pacjentom postępowania odnośnie leczenia bieżących schorzeń, ale nie podejmowali działań w celu edukowania w zakresie profilaktyki zachowania dobrego zdrowia.

---

[10] Dz.U. Nr 214, poz. 1816.

Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że POZ Szpitala prowadzi stałą kampanię promującą aktywny styl życia poprzez kolportowanie ulotek, zawieszanie plakatów, działania edukatora w Poradni Diabetologicznej oraz prowadzi okresowe wykłady dla zainteresowanych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str.87-90, 99-124)

4. W okresie od 2011 r. do 31 stycznia 2014 r. pracownicy Szpitala nie zawsze w terminie składali do ŁOW NFZ następujące dokumenty:

   a) wymagane do 7 dnia danego miesiąca informacje o liczbie świadczeniodawców objętych opieką w POZ – przekroczenia terminów sięgały od 1 do 5 dni i wystąpiły w trzech przypadkach,

   b) wymagane do 10 dnia każdego miesiąca faktury sprzedaży za poprzedni miesiąc – przekroczenia terminów sięgały od 1 do 8 dni i wystąpiły w 11 przypadkach odnośnie POZ oraz w pięciu przypadkach odnośnie AOS świadczenia w zakresie geriatrii,

   c) wymagane do 10 dnia każdego miesiąca raporty statystyczne za poprzedni miesiąc - przekroczenia terminów wyniosły 78 dni za lipiec 2013 r. i 19 dni za wrzesień 2013 r. w AOS.

   Wymogi składania do Oddziału Wojewódzkiego NFZ ww. informacji, faktur i sprawozdań w odpowiednich terminach, wynikają z § 17 ust. 3 i z § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu..

   Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że faktury sprzedaży przekazywane są do ŁOW NFZ niezwłocznie po otrzymaniu (z Działu Analiz i Sprzedaży Usług Medycznych) załącznika generowanego z Portalu Świadczeniodawcy, który stanowi podstawę do ich wystawienia, a nieprawidłowe działanie Portalu (nie z winy Szpitala) powoduje częste opóźnienia w dostarczeniu kompletu dokumentów do Działu Finansowego, co wydłuża termin przekazania dokumentów do NFZ. Przekroczenia terminów złożenia informacji o liczbie świadczeniodawców objętych opieką w POZ nastąpiły z powodu usterki systemu informatycznego. Termin złożenia raportów statystycznych jest przekraczany regularnie w pierwszych tygodniach roku z przyczyn leżących po stronie NFZ, gdyż z opóźnieniem udostępniane są elektroniczne umowy niezbędne do kodowania świadczeń oraz przekazywania informacji o złożonych deklaracjach. Przekroczenie terminów złożenia raportów statystycznych spowodowane było późniejszym zakodowaniem porad udzielonych w tamtym okresie, co dokonywane jest przez lekarza i nie zawsze może to być zrobione w dniu udzielenia świadczenia.

   Dyrektor zwrócił uwagę na postanowienia § 26 ust. 2 i § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu, zgodnie z którymi nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę ww. dokumentów rozliczeniowych i informacji, w (stosownych) terminach powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu, a rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

   (dowód: akta kontroli str. 54-79, 81, 863-865, 869-871)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W przypadku osób w podeszłym wieku wymagających systematycznej oceny ich stanu zdrowia dla zapewnienia regularności tych ocen, zdaniem NIK, wskazane byłoby założenie w Szpitalu kartoteki grup dyspanseryjnych ułatwiającej zachowanie regularności wykonywania badań i ewentualnych korekt stosowanego leczenia oraz planowanie zadań przypisanych lekarzowi, pielęgniarce i położnej POZ.

Stosownie do zapisów zawartych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotne:

a) w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy lekarz POZ prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (pkt 3 ppkt 2),

b) w zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych zgodnie z odrębnymi przepisami (pkt 4 ppkt 4),

c) w zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz POZ planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy (pkt 5 ppkt 1),

d) w zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:

   – planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, (pkt 6 ppkt 1),

   – planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy (pkt 6 ppkt 2),

   – integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych (pkt 6 ppkt 10).

Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że POZ w sposób uporządkowany prowadzi grupy bilansowe w odniesieniu do dzieci, regularnie zgodnie z nałożonymi obowiązkami realizowane są badania bilansowe dzieci i młodzieży. Zgodnie z wymogami instytucji zewnętrznych[11] Szpital dokonuje zgłoszeń na gruźlicę, czy zachorowań na nowotwory. W POZ nie prowadzono kartoteki grup dyspanseryjnych, jednakże stałą opieką objęci są pacjenci chorzy np. na cukrzycę, choroby układu krążenia, zapalenie nerek, choroby tarczycy itd.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 54-66)

Ocena cząstkowa

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

2. Opieka geriatryczna

Opis stanu faktycznego

2.1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w wieku podeszłym (w wieku 65+)

Wizyty w Poradni Geriatrycznej, a także hospitalizacja w Oddziale Geriatrycznym, odbywały się m.in. na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Na próbie 30 Historii zdrowia i choroby pacjentów Poradni Geriatrycznej stwierdzono, że 16 skierowań zostało wystawionych przez lekarzy z Oddziału Geriatrycznego Szpitala, pięć przez lekarzy z innych jednostek organizacyjnych Szpitala, osiem przez lekarzy innych podmiotów leczniczych oraz przyjęto jednego weterana bez skierowania. Czterech pacjentów zamieszkałych było poza Łodzią, a pozostałych 26 w Łodzi.

[11] Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, Regionalne Centrum Onkologii, Ministerstwo Zdrowia.

Do Oddziału Geriatrycznego z 30 poddanych badaniu Historii choroby pacjentów, skierowania zostały wystawione przez: dwóch lekarzy ze Szpitala i 13 lekarzy z innych podmiotów leczniczych. 13 pacjentów zostało przyjętych na Oddział w „trybie pilnym", jeden pacjent został przeniesiony z Oddziału Intensywnej Terapii, a do dokumentacji medycznej jednego pacjenta nie dołączono skierowania[12]. Dziewięciu pacjentów zamieszkałych było poza Łodzią, a pozostałych 21 w Łodzi.

Kierownik Oddziału Geriatrii, posiadający specjalizacje w zakresie geriatrii, chorób wewnętrznych, medycyny sportowej i rehabilitacji medycznej, wystawiał pacjentom m.in. zlecenia na przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze.

(dowód: akta kontroli str. 906-913, 1221, 1243)

Wizyty w Poradni Geriatrycznej nie były tylko konsultacjami. Pacjent który trafił do Poradni pozostawał pod jej opieką i kontynuował leczenie, a w sytuacjach, gdy lekarze geriatrzy uznawali, że badania diagnostyczne lub porady specjalistów są niezbędne, zlecali badania lub kierowali pacjentów do odpowiedniej poradni.

(dowód: akta kontroli str. 906-907)

Na Oddziale Geriatrii, z dniem 4 marca 2013 r., została wprowadzona procedura dotycząca przebiegu, metod nadzoru i monitorowania procesu leczenia pacjenta, której celem było osiągnięcie maksymalnych efektów leczenia, tak aby prawidłowo zdiagnozować, wyleczyć lub poprawić jakość życia pacjentów. Procedura ta zakładała m.in. wykonywanie Całościowej Oceny Geriatrycznej, według takich skal jak:

- ocena podstawowych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania codziennego (Activity of Daily Living - ADL),
- ocena złożonych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania instrumentalnego (Instrumental Activites of Daily Living - IADL),
- ocena poziomu sprawności funkcjonalnej – skala Barthel,
- ocena potrzeb socjomedycznych seniora w środowisku zamieszkania – kwestionariusz EASY-Care.

Oprócz ww. skal w Oddziale stosowane były również inne testy i oceny tj.: test „wstań i idź" – TUG test (timed „up and go" test), test oceny równowagi i chodu – skala Tinetti, kwestionariusz oceny stopnia żywienia – Mini Nutritional Assessment, ocena stanu psychicznego – Mini-Mental State Examination, geriatryczna skala oceny depresji – Geriatic Depression Scale.

(dowód: akta kontroli str. 917-946)

Wizyty pacjentów w Poradni i na Oddziale Geriatrycznym przebiegały jednolicie w przypadku wszystkich pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 908-913)

Zastępca Kierownika Oddziału Geriatrycznego – Robert Błaszczak wyjaśnił, że program prewencji i kontroli realizowany jest przez Poradnię Geriatryczną, w odniesieniu do pacjentów którzy byli hospitalizowani w Oddziale Geriatrycznym. Każdy pacjent opuszczając Oddział Geriatryczny dostaje skierowanie do Poradni Geriatrycznej, aby dalej pozostawał pod opieką lekarzy geriatrów. Pacjenci nie byli monitorowani w tym zakresie, a jedynym efektem były chęci przyjścia pacjentów do Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 906-907)

---

[12] Ze względu na jednostkowy przypadek odstąpiono od ustalania przyczyn powstania nieprawidłowości.

W ramach AOS, w latach 2011-2014 (do 31 stycznia 2014 r.), pacjenci w podeszłym wieku najczęściej korzystali z porad okulisty, kardiologa, urologa i neurologa. Natomiast najmniej osób po 65 roku życia korzystało: w 2011 r. z badań elektrokardiograficznych, w 2012 r. ze świadczeń w zakresie neurochirurgii i porad poradni medycyny paliatywnej[13], w 2013 r. z badań rezonansu magnetycznego, w styczniu 2014 r. ze świadczeń w zakresie chorób metabolicznych.

(dowód: akta kontroli str. 46)

W badanym okresie Poradnia Geriatryczna spełniała wymagania w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna[14], natomiast Oddział Geriatryczny spełniał wymagania odnośnie sprzętu, aparatury medycznej i dostępu do badań wymagane przez § 4 ust. 1 i załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[15].

W grudniu 2013 r. Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy przekazała dla Oddziału Geriatrycznego sprzęt i aparaturę o łącznej wartości 199.533,24 zł, na co składało się: kardiomonitor, pionizator, trzy materace przeciwodleżynowe, ssak elektryczny, fotel kąpielowy, 11 łóżek szpitalnych, podnośnik elektryczny, wózek inwalidzki, waga krzesełkowa, przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne oraz inhalator pneumatyczny. Cały sprzęt, na dzień 24 marca 2014 r., znajdował się na Oddziale Geriatrycznym.

dowód: akta kontroli str. 947-953)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie wyliczał rzeczywistych kosztów leczenia hospitalizowanych pacjentów. Takie wyliczenia były prowadzone w latach 1997-2005, jednak z uwagi na dużą pracochłonność podjęto decyzję o odstąpieniu od tego procesu. W przyszłości Szpital planuje wyliczanie powyższych kosztów za pomocą zintegrowanego systemu informatycznego.

(dowód: akta kontroli str. 978-984)

2.2. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego oraz z jednostkami samorządu

W badanym okresie, w Szpitalu zatrudnione były dwie osoby zajmujące się współpracą z opieką społeczną oraz pomocą i udzielaniem informacji pacjentom i ich rodzinom w sprawach czynności formalno-prawnych związanych z dalszym postępowaniem po opuszczeniu Szpitala. Bezpośrednio czynności te dotyczyły m.in.: przygotowania wniosków do Domów Pomocy Społecznej i Zakładów Opiekuńczo Leczniczych, pomocy w nawiązywaniu kontaktów z innymi podmiotami leczniczymi, udzielania porad socjalnych i opiekuńczo-zdrowotnych rodzinom pacjentów, sporządzania wniosków w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy w uzyskiwaniu środków finansowych z Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej, czy udzielania porad socjalnych w zakresie poddania się leczeniu odwykowemu. W ramach Całościowej Oceny Geriatrycznej dokonywana była ocena społeczna miejsca zamieszkania pacjenta, udział w której brał pracownik opieki społecznej. W Oddziale Geriatrycznym zatrudniony był rehabilitant, który starał się usprawnić pacjenta w miarę możliwości tak, by mógł

[13] W tym zakresie zarejestrowane zostały cztery wizyty w 2012 r. dla jednego pacjenta.
[14] Dz.U. z 2013 r., poz. 1413.
[15] Dz.U. z 2013 r., poz. 1520.

funkcjonować we własnym środowisku. Jeżeli istniała taka potrzeba, pacjent bezpośrednio z Oddziału Geriatrycznego trafiał do Oddziału Rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 906-907, 985)

Poradnia i Oddział Geriatryczny mieściły się w jednym budynku, wzdłuż jednego korytarza. Lekarze Geriatrzy udzielali świadczeń zarówno na Oddziale, jak i w Poradni. Lekarze Geriatrzy nie monitorowali swoich pacjentów leczonych na innych oddziałach Szpitala, jak również w innych podmiotach leczniczych. Jeżeli lekarze innych oddziałów Szpitala potrzebowali konsultacji geriatry, to konsultacje takie były wykonywane. W razie potrzeby lekarze mogli monitorować pacjentów za pomocą wewnętrznego systemu informatycznego Szpitala. Praktycznie lekarz geriatra dowiadywał się, że pacjent był leczony w innych podmiotach leczniczych dopiero wtedy, gdy ów trafiał z powrotem do Poradni. Na 30 poddanych badaniu Historii zdrowia i choroby pacjentów Poradni Geriatrycznej, do 12 z nich dołączone były dokumenty potwierdzające leczenie się pacjentów w innych podmiotach.

(dowód: akta kontroli str. 906-910)

Średnia długość pobytu pacjentów powyżej 65 roku życia w okresie od 2011 r. do stycznia 2014 r. w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii, w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Oddziale Geriatrycznym wynosiła odpowiednio: 11,15 dni, 20,11 dni i 7,48 dnia[16].

W samym 2013 r. średnia długość pobytu hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym w rozbiciu na wiek pacjentów i Oddziały/Kliniki Szpitala wynosiła:

Wiek	65-69	70-79	80-89	90+
Oddział Geriatryczny	6,80	7,06	7,47	10,82
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	19,24	17,86	21,00	6,00
Klinika Kardiologii Interwencyjnej i Kardiodiabetologii	3,14	3,68	4,76	4,54
Klinika Neurologii i Epileptologii z Oddziałem Udarowym	8,01	7,77	7,18	5,89
Oddział Udarowy i Neurorehabilitacji	10,39	10,88	9,44	10,05
Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii	7,52	7,47	8,66	8,14

(dowód: akta kontroli str. 986-987)

W Oddziale Geriatrycznym w styczniu 2014 r. na udzielenie świadczeń oczekiwało osiem osób, a w Poradni Geriatrycznej w styczniu 2013 r. w kolejce oczekiwała jedna osoba, w czerwcu 2013 r. – osiem osób i w styczniu 2014 r. – dwie osoby[17].

(dowód: akta kontroli str. 988)

W badanym okresie, zgodnie z informacjami uzyskanymi od lekarza POZ, przeciętna wizyta pacjenta w wieku 25-40 lat w przypadku konieczności zebrania wywiadu oraz wykonania badania przedmiotowego trwała ok. 10-20 min, a tylko związana z przedłużeniem leków od 5 do 10 min. Czas trwania wizyty internistycznej osób powyżej 65 roku życia wynosił do 30 min.

Zgodnie z opinią Zastępcy Kierownika Oddziału Geriatrycznego – Roberta Błaszczaka wizyta w Poradni Geriatrycznej w 100% związana z diagnostyką i leczeniem osób powyżej 65 roku życia powinna trwać od 20 do 30 min.

---

[16] Średnia arytmetyczna wyliczona na podstawie średniego pobytu pacjenta w miesiącach styczeń i czerwiec 2011-2014, z czego w Oddziale Geriatrycznym w latach 2012-2014.

[17] Wg. danych za styczeń i czerwiec lat 2012-2014.

(dowód: akta kontroli str. 989)

Najczęściej wykonywanymi świadczeniami w 2012 i 2013 r. w Oddziale Geriatrycznym były: Całościowa Ocena Geriatryczna, A35 - choroby zwyrodnieniowe i H89 - choroby niezapalne kości i stawów, natomiast w styczniu 2014 r: były to: Całościowa Ocena Geriatryczna, H89 - choroby niezapalne kości i stawów oraz przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Geriatrii – Maria Kołomecka stwierdziła, że wycena Całościowej Oceny Geriatrycznej jest zdecydowanie za niska, a minimalną kwotą proponowaną przez środowisko geriatrów jest 600,00 zł. Zdaniem natomiast Zastępcy Kierownika Oddziału Geriatrii – Roberta Błaszczaka najrozsądniejszym byłaby zmiana wyceny punktu geriatrycznego lub też zweryfikowanie ilości punktów przyznawanych za daną jednostkę chorobową – zwiększenie średnio o 10 pkt. Kolejnym ułatwieniem diagnozy i kodowania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach geriatrycznych byłoby zweryfikowanie wymogów stawianych przez NFZ do rozpoznawania jednostek chorobowych (np. otępień).

(dowód: akta kontroli str. 990-999, 1003-1005)

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Geriatrii – Maria Kołomecka nie współpracowała ze Szpitalem przy tworzeniu Oddziału i Poradni Geriatrycznej. Kilkakrotnie wizytowała, ale nie kontrolowała Oddziału. Z Kierownikiem Oddziału współpracowała w ramach Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i wielokrotnie była informowana o bieżącej pracy Oddziału i rozszerzającej swoją działalność Poradni Geriatrycznej.

Konsultant Wojewódzki źle ocenia system udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii na terenie województwa łódzkiego. Jej zdaniem barierami hamującymi rozwój tej dziedziny są: niedocenienie korzyści płynących z prawidłowo funkcjonującej opieki geriatrycznej przez osoby decydujące o organizacji opieki zdrowotnej. Brak odpowiedniego szkolenia w zakresie geriatrii studentów medycyny, lekarzy geriatrów oraz brak oddziałów, gdzie takie szkolenia należałoby prowadzić.

Zdaniem Konsultanta, aby lepiej zaspokoić potrzeby zdrowotne osób w wieku podeszłym powinno się zorganizować oddziały geriatryczne także dzienne, poradnie geriatryczne, powołać konsultantów ds. geriatrii w dużych, wielospecjalistycznych szpitalach. Powinno się wprowadzić obowiązkowe, systematyczne doszkalanie w zakresie geriatrii dla lekarzy rodzinnych i pielęgniarek, a dla studentów 5, 6 roku medycyny powinny być obowiązkowe ćwiczenia z geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 994-1002)

2.3. Rozliczenia umów z NFZ

Poradnia Geriatryczna

Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie Poradni Geriatrycznej Szpital zawarł z ŁOW NFZ w dniu 17 września 2012 r., (obowiązującą od 17 września do 31 grudnia 2012 r.) na kwotę 14.940,00 zł. Aneksem z dnia 4 stycznia 2013 r. wartość umowy obniżono do kwoty 1.944,00 zł, tj. o prawie 87% pierwotnej wartości umowy.

Na 2013 r. wartość umowy została określona na kwotę 44.820,00 zł, a w wyniku zawartych aneksów obniżono ją do kwoty 17.109,00 zł, tj. o ponad 61% pierwotnej wartości umowy. Na 2014 r. umowa została zawarta na 17.928,00 zł.

Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że przystępując do konkursu w rodzaju AOS świadczenia w zakresie geriatrii, Szpital nie miał żadnych podstaw ażeby określić/oszacować przewidywane potrzeby regionu. Geriatria jest dziedziną

medycyny wywodzącą się z interny, zogniskowaną na chorobach wieku podeszłego, a taką opiekę zapewnia lekarz POZ. Proponując w ofercie określoną liczbę punktów, Szpital oparł się na całkowitej maksymalnej wartości przedmiotu zamówienia jako, że kwota przeznaczona przez NFZ była niewielka. Fakt, że specjalność ta w Szpitalu zaistniała dopiero w 2012 r., spowodowało niewielki napływ pacjentów w pierwszym okresie świadczenia tych usług.

(dowód: akta kontroli str. 54-66, 1006-1062, 1212-1237)

W poszczególnych latach Szpital uzyskał przychody z tytułu realizacji kontraktu z NFZ na świadczenie usług w rodzaju AOS świadczenia w zakresie geriatrii w wysokości: 2.124,00 zł w 2012 r., 16.947,00 zł w 2013 r. i 1.494,00 zł za styczeń 2014 r. Poradnia nie osiągała innych przychodów w badanym okresie. Wynik finansowy wynosił w poszczególnych latach: (-) 5.422,63 zł w 2012 r., 5.137,15 zł w 2013 r. i 744,99 zł w styczniu 2014 r.

W latach 2012-2014 w umowach cena za jeden punkt rozliczeniowy wynosiła 9,00 zł. Biorąc pod uwagę łączne koszty działalności Poradni w 2013 r. do ilości wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 1 punkt rozliczeniowy, koszt poniesiony za jeden punkt wyniósł wartość 6,16 zł, czyli o 31,6% mniej niż wartość określona w umowie. Należy wziąć pod uwagę, że Poradnia i Oddział Geriatryczny były zlokalizowane w jednym budynku, wzdłuż jednego korytarza, a lekarze geriatrzy świadczyli usługi zarówno w Poradni, jak i Oddziale. Gdyby wyodrębnić Poradnię i zatrudnić chociaż jednego lekarza geriatrę i pielęgniarkę tylko do udzielania w niej świadczeń, koszt jednego punktu rozliczeniowego takiej poradni byłby wielokrotnie wyższy, a wartość kontraktu jak w przedmiotowym przypadku na 2014 r. w wysokości ok. 18.000,00 zł, może jedynie pokryłaby koszty infrastruktury niezbędnej do udzielania świadczeń, ale na pewno nie wynagrodzeń.

(dowód: akta kontroli str. 1200-1204)

W okresie od 17 września 2012 r. do 31 stycznia 2014 r. Szpital w ramach poradni geriatrycznej udzielił 576 świadczeń 538 osobom w wieku podeszłym.

(dowód: akta kontroli str. 1208-1209)

Oddział Geriatryczny

Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ w zakresie geriatria-hospitalizacja Szpital zawarł z ŁOW NFZ w dniu 10 stycznia 2012 r. (obowiązującą w całym 2012 r.) na kwotę 332.800,00 zł. Aneksem z dnia 6 sierpnia 2012 r. wartość umowy została zwiększona do kwoty 436.800,00 zł.

Na 2013 r. wartość umowy została określona na kwotę 644.800,00 zł, a na 2014 r. na kwotę 1.300.416,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1063-1199, 121-1215, 1238-1274)

W poszczególnych latach Szpital uzyskał przychody z tytułu realizacji kontraktu z NFZ na świadczenie usług w rodzaju LSZ w zakresie geriatria-hospitalizacja w wysokości: 436.684,65 zł w 2012 r., 644.744,36 zł w 2013 r. i 105.300,00 zł za styczeń 2014 r. Pozostałe przychody stanowiły od 1,3% w 2012 r. do 10,7% w 2013 r. przychodów z kontraktu. Wynik finansowy, bez innych przychodów, wynosił w poszczególnych latach: (-) 241.897,44 zł w 2012 r., (-) 713.096,86 zł w 2013 r. i (-) 75.171,45 zł w styczniu 2014 r. Na wzrost kosztów w 2013 r. największy wpływ miały nadwykonania udzielonych świadczeń na Oddziale Geriatrycznym.

W latach 2012-2014 cena za jeden punkt rozliczeniowy zawarta w umowach wynosiła 52,00 zł. Biorąc pod uwagę łączne koszty działalności Oddziału w 2013 r.

do ilości wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 1 punkt rozliczeniowy, poniesiony koszt jednego punktu miał wartość 61,79 zł, czyli o 18,83% więcej niż wartość określona w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 1200-1202, 1205-1207)

W okresie od stycznia 2012 r. do stycznia 2014 r. w Oddziale Geriatrycznym udzielono świadczeń 561 osobom w wieku podeszłym.

(dowód: akta kontroli str. 1210-1211)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W ofercie na LSZ w zakresie geriatra-hospitalizacja (nr postępowania 05-12-000642/LSZ/03/1/03.4060.030.02/1) złożonej w ŁOW NFZ w dniu 25 listopada 2011 r., jak również w zawartej umowie na realizację świadczeń w tym zakresie (obowiązującej od 1 stycznia 2012 r.) wykazano, że Katarzyna Smyj - fizjoterapeuta będzie wykonywała pracę w wymiarze 37:55 h/tyg., pomimo że faktycznie zatrudniona była w Oddziale Geriatrii od 1 lutego 2012 r. do 28 lutego 2014 r. w wymiarze 0,1 etatu. Dodatkowo w części ankietowej oferty (rozdział VIII) na pytanie „Czy w realizacji świadczeń uczestniczy osoba prowadząca fizjoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu?" udzielono odpowiedzi: „Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy".

   Odnośnie ww. fizjoterapeuty, w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 23 marca 2014 r.[18] Szpital nie spełniał warunków wymaganych załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[19] i załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w zakresie warunków realizacji świadczeń tj. zapewnienie równoważnika co najmniej 1 etatu przez osobę prowadzącą fizjoterapię.

   Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił, że ww. osoba została wykazana w umowie, w wymiarze całego etatu, ponieważ czas pracy nauczyciela akademickiego uczestniczącego w sprawowaniu opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 112 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym[20] jest określony zakresem jego obowiązków związanych z zapewnieniem ciągłej opieki nad pacjentami szpitali klinicznych lub oddziałów innych zoz. Jeżeli zatrudnienie na stanowisku nauczyciela akademickiego uczelni medycznej obejmuje łącznie nie tylko obowiązki naukowe, dydaktyczne i organizacyjne, ale także obowiązki związane z zapewnieniem ciągłej opieki nad pacjentami szpitali lub oddziałów innych zoz (jak w przypadku tego pracownika), to zadaniowy czas pracy określony Prawem o szkolnictwie wyższym lekarzy akademickich pracujących w szpitalu jest ustawowo zwiększony w stosunku do innych nauczycieli akademickich właśnie o zakres obowiązków związanych z zapewnieniem ciągłej opieki nad pacjentami szpitali klinicznych. Zakres tych obowiązków jest wspólny zarówno dla stosunku pracy ze szpitalem, jak i z Akademią Medyczną. Specyfika pracy lekarza będącego jednocześnie nauczycielem akademickim nie pozwala na rozdzielenie czynności wykonywanych w ramach obu stosunków pracy. Dyrektor zwrócił również uwagę, na fakt, że Szpital posiada Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, którego kadra specjalistów-fizjoterapeutów pozostaje do dyspozycji wszystkich oddziałów.

---

[18] O tego dnia na Oddziale Geriatrycznym zostało zatrudnionych dwóch fizjoterapeutów łączenie na 1 etat, tj. 37:55 h/tyg.
[19] Dz.U. Nr 140, poz. 1143 ze zm. – uchylony z dniem 2 stycznia 2014 r.
[20] Dz.U. z 2012 r., poz.572 ze zm.

Zdaniem NIK fakt, że personel zatrudniony został zarówno na stanowisku nauczyciela akademickiego i równocześnie na podstawie odrębnej umowy z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą, nie zwalnia podmiotu leczniczego od wykazania w ofercie oraz zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach wymaganych przepisami prawa. W ofercie, a w konsekwencji w umowie czas pracy personelu powinien być wykazany zgodnie ze stanem faktycznym i jeżeli podmiot leczniczy chce udzielać świadczenia w danym zakresie, to powinien zatrudnić odpowiednią ilość personelu aby spełniać stosowne wymogi.

Analogiczna sytuacja dotyczyła Tomasza Kostki – lekarza geriatry, który faktycznie od dnia 1 stycznia 2012 r. udzielał świadczeń na Oddziale Geriatrycznym w wymiarze 0,1 etatu, a od 1 stycznia 2014 r. w wymiarze 0,5 etatu. W tym przypadku świadczenia lekarza geriatry były zabezpieczone przez innego lekarza, stosowanie do wymogów ww. załącznika nr 3.

Zgodnie z § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu, świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym. W umowie, której pierwotna wersja została wygenerowana na podstawie złożonej oferty, wykazano że ww. osoby będą udzielać świadczeń 37:55 h/tyg., mając świadomość, że nie spełnią one takich warunków.

(dowód: akta kontroli str. 54-66, 1063-1199, 1212-1215, 1238-1274, 1278-1289)

2. W umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ, geriatra-hospitalizacja oraz świadczenia w zakresie geriatrii łącznie wykazano ośmiu pracowników, którzy faktycznie nie byli zatrudnieni w jednostkach udzielających ww. świadczeń lub w godzinach oraz okresach wskazanych w umowach, a pracownicy Szpitala nie dokonali stosowanych zmian w terminach określonych w § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu, zgodnie z którym świadczenia 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.

   Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik wyjaśnił np., że dwie osoby zatrudnione od 1 stycznia 2014 r. zostały dodane do wykazu personelu w dniu 13 stycznia 2014 r., co zostało zaakceptowane przez ŁOW NFZ, ale nie został jeszcze sporządzony aneks do umowy, a np.: że na Oddziale Geriatrycznym w okresie pierwszych miesięcy obowiązywania umowy trwał remont, więc Oddział pracował w oparciu o bazę łóżkową i pielęgniarki innej kliniki, której personel został wykazany w umowie w zakresie geriatria-hospitalizacja, o czym NFZ był informowany.

   Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Kontraktu – Piotr Wołkanin wyjaśnił, że różnice w wykazach personelu mogą dotyczyć wielu aspektów tj.:

   a) nie zgłaszani są do umowy z NFZ rezydenci oddelegowani z innych jednostek, którzy nie udzielają świadczeń, żeby nie trzeba było składać wyjaśnień w ŁOW NFZ, dlaczego w danym dniu lekarz wykazany w harmonogramie nie udzielał świadczeń,

   b) zgłoszenia, zwłaszcza na początku roku, są dokonywane z opóźnieniem, ponieważ do zgłoszenia personelu do umowy, konieczne jest zamieszczenie przez OW NFZ umów w wersji elektronicznej, co np. w latach wcześniejszych było dokonywane pod koniec lutego,

c) w sytuacjach, kiedy zgłoszenie do NFZ, dotyczące obniżenia warunków realizacji umowy, zostaje odrzucone, stąd czas prawidłowego zgłoszenia ulega wydłużeniu ze względu na wyjaśnienia sytuacji.

(dowód: akta kontroli str.: 6-9, 54-75, 82-86, 444-750, 1006-1199, 1275-1281, 1290)

3. Od 1 lutego 2012 r. do 1 lipca 2013 r. w Oddziale Geriatrii był zatrudniony fizjoterapeuta w wymiarze 0,1 etatu, wg wymiaru pracy 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w art. 214 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[21], co nie odpowiada wymiarowi pracy 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, stosownie do postanowień art. 93 ust. 1 powołanej ustawy.

   Kierownik Działu Kadr i Płac – Ewa Marlena Latuszkiewicz wyjaśniła, iż wada w informacji o warunkach zatrudnienia ww. pracownika została usunięta i dostosowana do postanowień ustawy o działalności leczniczej (art. 93 ust. 1).

   Analogiczna sytuacja dotyczyła innego fizjoterapeuty, który od dnia 1 stycznia 2014 r. został zatrudniony w Oddziale Geriatrycznym na 0,5 etatu, tj. 12,5 h/tyg. Dopiero z dniem 24 marca 2014 r. z ww. fizjoterapeutą dokonana została zmiana umowy o pracę, zgodnie z która został on zatrudniony na Oddziale Geriatrycznym na 0,5 etatu, tj. ok.19 h/tyg.

   (dowód: akta kontroli str. 54-60, 1281-1289)

4. W opisie 77 wizyt pacjentów w wieku podeszłym w Poradni Geriatrycznej, 5 wizyt (6,5%) dotyczyło wyłącznie przedłużenia leków. W trakcie 59 wizyt (76,6%) odnotowano pomiar ciśnienia tętniczego krwi (RR). W 30 badanych Historiach zdrowia i choroby ani razu nie odnotowano pomiaru masy ciała i wyliczenia wskaźnika BMI.

   Zastępca Kierownika Oddziału Geriatrii – Robert Błaszczak wyjaśnił, że lekarze nie wykonywali badań dla potrzeb wyliczenia wskaźnika BMI w Poradni ponieważ trafiający do Poradni są pacjentami objętymi opieką po pobycie w Oddziale Geriatrycznym, gdzie standardowo dokonywany jest pomiar masy ciała i wzrostu – zawarte w karcie Całościowej Oceny Geriatrycznej. Pacjenci trafiający po raz pierwszy pod opiekę lekarza geriatry w poradni są kierowani na dodatkowe testy (m.in. skład ciała, MNA, MMSE), w których zawarte są powyższe informacje. Zastępca Kierownika stwierdził, że pomiar ciśnienia tętniczego dokonywany jest podczas każdej wizyty oraz, że dopilnuje aby pomiar był zapisywany każdorazowo w karcie informacyjnej.

   NIK zwraca uwagę, że pomiary masy ciała i wzrostu dokonane jednorazowo podczas Całościowej Oceny Geriatrycznej lub w wyniku pierwszej wizyty pacjenta, nie przyniosą wymiernego rezultatu przy diagnozowaniu i monitowaniu dynamiki chorób. Korzyści może przynieść systematyczne badanie pacjentów pod tym kątem, odnotowywanie wyników w dokumentacji medycznej i porównaniem ich w przedziale czasowym.

   (dowód: akta kontroli str. 908-910, 914-916)

5. Na zewnątrz budynku, w którym, mieściły się Oddział i Poradnia Geriatryczna nie została wywieszona tablica ze znakiem graficznym NFZ, co było wymagane przez § 11 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu. Wewnątrz ww.

[21] Dz.U. t.j. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

budynku nie zamieszczono: informacji dotyczących godzin i miejsca udzielania świadczeń w zakresie geriatrii, informacji na temat zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, informacji o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących na świadczenia z zakresu geriatrii oraz wskazania nr telefonów alarmowych tj. 112 i 999, pomimo takiego obowiązku wynikającego z § 11 ust. 1 i § 11 ust. 4 pkt 3, 7 i 9 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu.

Dyrektor Szpitala – Wiesław Chudzik w piśmie z dnia 19 marca 2014 r.[22] wyjaśnił, że znaki graficzne NFZ znajdują się przy trzech głównych wejściach na teren Szpitala przy ul. Żeromskiego 113, informacje o możliwości zapisów osobistych, telefonicznych w tym domowych zostały wywieszone przy okienkach rejestracji, a miejsca gdzie nie wskazano numerów telefonów alarmowych zostaną uzupełnione o taką informację. Dyrektor stwierdził również cyt.: „(...) w zakresie AOS informacja o osobach przyjmujących w poradni specjalistycznej oraz godzinach przyjęć jest wywieszona bezpośrednio przy każdym gabinecie specjalistycznym".

Na dzień 21 marca 2014 r. w miejscu udzielania świadczeń w zakresie geriatrii nie było żadnej informacji o godzinach i miejscu udzielania świadczeń.

NIK zwraca uwagę, że § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie owu jednoznacznie wskazuje, że wymienione w tym ustępie informacje muszą być umieszczone w budynkach jednostek organizacyjnych, a fakt że informacje dotyczące możliwości zapisów osobistych, telefonicznych w tym domowych znajdują się przy okienkach rejestracji w innym budynku niż miejsce udzielania świadczeń w zakresie geriatrii, nie spełnia znamion dostosowania się do tego wymogu.

Na dzień 24 marca 2014 r. w miejscu udzielania świadczeń w zakresie geriatrii oraz geriatrii-hospitalizacja zostały wywieszone informacje dotyczące wskazania numerów alarmowych oraz danych o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, co NIK ocenia pozytywnie.

(dowód: akta kontroli str. 1291-1309)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Personel Poradni i Oddziału Geriatrycznego nie ustalał i nie odnotowywał w dokumentacji medycznej danych lekarzy POZ wybranych przez pacjentów. Na próbie 60 Historii zdrowia i choroby (30 pacjentów Poradni Geriatrycznej i 30 pacjentów Oddziału Geriatrycznego) tylko w 16, znajdowały się informacje o lekarzu POZ, który wystawił skierowanie, lecz który nie musiał być lekarzem wybranym przez pacjenta.
Zastępca Kierownika Oddziału Geriatrii – Robert Błaszczak wyjaśnił, że dane osobowe lekarzy POZ nie są istotnym elementem diagnozy i postępowania leczniczego u pacjentów podczas wizyty w poradni specjalistycznej i nie są wymagane do rozliczania z NFZ.

NIK zwraca uwagę, że całą opieką i kierowaniem pacjentem po systemie ochrony zdrowa zajmuje się lekarz POZ, który powinien wiedzieć o wszystkim zdarzeniach zdrowotnych pacjenta. Ustalenie danych o lekarzu POZ stwarza możliwość uzyskania od niego istotnych informacji o problemach zdrowotnych pacjenta, wykonanych badanych diagnostycznych i zastosowanym dotychczas leczeniu.

(dowód: akta kontroli str. 908-916)

[22] Przekazane kontrolerowi w dniu 21 marca 2014 r.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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

1. zapewnienie kompleksowego podejścia do leczenia osób starszych przez lekarzy udzielających świadczeń w zakresie POZ i AOS - świadczenia w zakresie geriatrii,
2. rzetelne sporządzanie dokumentacji medycznej przez lekarzy POZ oraz zapewnienie prowadzenia edukacji zdrowotnej,
3. zaktualizowanie danych w Portalu Świadczeniodawcy i dostosowanie ich do stanu faktycznego w zakresie personelu,
4. rzetelne sporządzanie ofert w konkursach na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

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 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.

Warszawa, dnia 8 kwietnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler
Dominik Gołacki
specjalista k.p.

.....
podpis

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
podpis

[23] Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.