



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR – 4101-016-02/2014

P/14/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków

T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44

lkr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/0062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Wojciech Zdasień, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88125 z 2 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1 i 2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków, REGON: 121188694 (dalej: <i>Szpital</i>).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Szafrński – prezes Zarządu. (dowód: akta kontroli str. 6-10)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ funkcjonowanie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej Szpitala w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2014 r.

W poddanym kontroli zakresie Szpital realizował świadczenia medyczne zgodnie z warunkami umów zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

Zarówno wyposażenie Oddziału Chorób Wewnętrznych, jak i zatrudniona na nim kadra lekarska, spełniały warunki określone w zał. 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego² a ponadto, w zakresie warunków wyposażenia dodatkowo ocenianych, kryteria określone w zał. nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. Nr 89/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Wyposażenie poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz jej obsada kadrowa spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³.

W stosunku do pacjentów w wieku podeszłym (dalej: 65+) leczonych w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej stosowane były, w zależności od występującej potrzeby, elementy procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej oraz czynnej opieki medycznej⁴, która była również sprawowana nad wszystkimi pacjentami Oddziału. Na Oddziale nie była stosowana Całościowa Ocena Geriatryczna, gdyż Szpital nie zawarł kontraktu w zakresie geriatryi.

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

² Dz. U. z 2013 r. poz.1520 – zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

³ Dz. U. z 2013 r. poz.1248.

⁴ Czynna opieka medyczna to aktywne i zorganizowane postępowanie mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia pacjenta wymagającego systematycznej terapii, dotyczy chorych, u których stwierdzono schorzenia przewlekłe, pacjenci ci wymagają czynnego kierowania leczeniem (definicja zawarta w formularzu MZ-11 – roczne sprawozdanie o działalności i zatrudnieniu w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej).

Listę oczekujących na przyjęcie na Oddział prowadzono zgodnie z zasadami określonymi w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵.

Szpital przysyłał do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia raporty o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń w terminach oraz w sposób zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁶.

NIK pozytywnie ocenia fakt corocznego przeprowadzania przez Szpital badania satysfakcji pacjentów. Prezentacja wyników tej oceny nie wyróżniała co prawda kategorii wiekowych respondentów, lecz ogólny wynik badania wskazuje na dość wysoki, utrzymujący się w zależności od roku w przedziale od 81% do 88%, poziom zadowolenia pacjentów z pobytu i leczenia w placówce.

Pozytywnie należy ocenić również działalność Szpitala w zakresie współpracy z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia oraz z podmiotami samorządowymi, choć zauważyć należy, że współpraca ta miała dosyć ograniczony charakter. Szpital w przypadku wystąpienia konieczności umieszczania pacjenta w placówkach pomocy społecznej lub udzielenia innego rodzaju pomocy związanej ze stanem pacjenta po wypisie ze szpitala, podejmował kroki mające na celu udzielenie pacjentowi dalszych świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wykonanie umów zawartych z NFZ

Opis stanu
faktycznego

1.1 Wartość pierwotna umowy zawartej z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: OW NFZ) dla zakresu świadczeń SZP/01 – choroby wewnętrzne – hospitalizacja wyniosła: w 2011 r. – 4 226,7 tys. zł, wartość umowy po zmianach – 4 252,9 tys. zł, a wg wystawionych faktur - 4 252,7 tys. zł. Wartości te dla kolejnych lat wyniosły: 2012 r. – 4 309,6 tys. zł, 4 725,5 tys. zł i 4 763,5 tys. zł; 2013 r. – 4 731,9 tys. zł, 4 731,5 tys. zł i 4 814,8 tys. zł oraz dla I półrocza 2014 r. – 4 734,2 tys. zł (niezmieniona) 1 948,1 tys. zł. Szpital otrzymał z OW NFZ środki, zgodne z wartością wystawionych faktur.

Środki na prowadzoną przez Szpital od 2011 r. podstawową opiekę zdrowotną (dalej: POZ) wypłacane były w wysokościach: za 2011 r. – 9 tys. zł, 2012 r. – 197,4 tys. zł, 2013 r. – 426,2 tys. zł i I półrocze 2014 r. – 217,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 16)

Zmiany wartości umów w trakcie roku rozliczeniowego wynikały z przesunięć kwot w ramach rodzajów i zakresów wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej lub też z dokonanych zwiększeń, zgodnie z §§ 20 i 21 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷. Zmiany te odbywały się na wniosek Szpitala i wynikały z wypracowanych za dany okres rozliczeniowy (kwartał) nadwykonań ponad ustalony w umowie limit danego zakontraktowanego zakresu świadczeń oraz niewykonań w danym zakresie. Przebudowy następowały w pierwszej kolejności pomiędzy zakresami w danym rodzaju, a w drugiej kolejności – pomiędzy rodzajami świadczeń.

(dowód: akta kontroli, str. 23)

Potrzeby w zakresach, które przekraczają umowny limit, szacowane są na podstawie rzeczywistego wykonania kontraktu oraz przewidywanego wykonania w kolejnych okresach. W pozostałych rodzajach szacowanie wynika z faktycznej realizacji za okres już zakończony oraz na podstawie statystyk.

⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. – zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 1447.

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

(dowód: akta kontroli, str. 23)

Udział pacjentów w wieku 65+ leczonych na Oddziale, wyniósł w kontrolowanym okresie 70,1% a w POZ 12,4%.

(dowód: akta kontroli, str. 23)

Wynik finansowy dla Oddziału Chorób Wewnętrznych (dalej: Oddział), uwzględniający wszystkich hospitalizowanych na nim pacjentów, wynosił: za 2011 r. – minus 1 271,3 tys. zł a koszty hospitalizacji pacjentów - 6 204,8 tys. zł. Wartości te dla kolejnych lat wynosiły: za 2012 r. – minus 108,5 tys. zł i 5 407,8 tys. zł, za 2013 r. – minus 46,3 tys. zł i 5 279,9 tys. zł oraz za okres od stycznia do kwietnia 2014 r. + 81 tys. zł i 1 614,7 tys. zł. Refundacja z NFZ w latach 2011 – 2013 nie pokrywała kosztów działalności Szpitala.

Wynik finansowy oraz koszty leczenia wszystkich pacjentów w ramach POZ wynosiły: za 2011 r. – 60,6 tys. zł i 69,5 tys. zł, za 2012 r. – 169,7 tys. zł i 369,4 tys. zł, za 2013 r. – 73,7 tys. zł i 506,2 tys. zł oraz za okres od stycznia do kwietnia 2014 r. – 17,2 tys. zł i 191,5 tys. zł. Refundacja z NFZ w latach badanym okresie nie pokrywała kosztów działalności Szpitala.

(dowód: akta kontroli, str. 18)

Zasady prowadzenia rachunku kosztów w Szpitalu były uregulowane i stosowane.

(dowód: akta kontroli, str. 26 - 38)

Liczba osób w wieku 65+, które hospitalizowano w poszczególnych miesiącach badanego okresu na Oddziale wyniosła: w 2011 r.: styczeń – 90, luty – 99, marzec – 115, kwiecień – 110, maj – 116, czerwiec – 86, lipiec – 86, sierpień – 69, wrzesień – 76, październik – 82, listopad – 92, grudzień – 98. W 2012 r.: styczeń – 96, luty – 100, marzec – 104, kwiecień – 73, maj – 105, czerwiec – 85, lipiec – 78, sierpień – 99, wrzesień – 88, październik – 115, listopad – 84, grudzień – 90. W 2013 r.: styczeń – 105, luty – 96, marzec – 122, kwiecień – 112, maj – 105, czerwiec – 97, lipiec – 98, sierpień – 81, wrzesień – 88, październik – 86, listopad – 103, grudzień – 103. W 2014 r.: styczeń – 108, luty – 94, marzec – 112, kwiecień – 97, maj – 105. Łączny koszt tych świadczeń zrefundowanych przez NFZ wyniósł w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. 14 463,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 17)

Liczba udzielonych pacjentom w wieku powyżej 65 lat porad ambulatoryjnych, w ramach POZ, wyniosła: w styczniu 2012 r. – 89, czerwcu 2012 – 154, styczniu 2013 – 234 i czerwcu 2013 – 211.

(dowód: akta kontroli, str. 122)

1.2 W objętym kontrolą okresie na Szpital nie zostały nałożone kary umowne z tytułu realizacji umów dotyczących świadczeń udzielanych osobom w wieku podeszłym.

(dowód: akta kontroli, str. 23)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w zakresie wykonania umów zawartych z NFZ na świadczenie POZ oraz hospitalizacji na Oddziale, nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację przez Szpital umów z OW NFZ na wykonywanie świadczeń przez Oddział oraz w zakresie POZ.

2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

2.1. W badanym okresie OW NFZ w Krakowie nie prowadził w Szpitalu kontroli dotyczącej realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego na Oddziale oraz POZ.

(dowód: akta kontroli, str. 126)

2.2. Oddział umiejscowiony jest na 10 piętrze budynku Szpitala i jest skomunikowany z innymi poziomami, w tym z poziomami -1 i 0, do których wiodą oznakowane wejścia dla osób niepełnosprawnych, za pomocą wind. Pomiędzy ww. wejściami a Oddziałem nie stwierdzono przeszkód uniemożliwiających poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkich.

Wypożyczenie Oddziału było zgodne z: wymogami określonymi w zał. 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz aneksem nr 5/2014 do umowy leczenia szpitalnego, zawartym 13 marca 2014 r. Ponadto Szpital dysponował wyposażeniem wymienionym w zał. nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. nr 89/2013/DSOZ (warunki dodatkowo oceniane).

(dowód: akta kontroli, str. 25 , 160 – 161 i 205)

Na Oddziale zatrudnionych było na pełen etat m.in. czterech lekarzy ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych oraz 20 pielęgniarek. Obsada kadrowa była zgodna z warunkami określonymi w ww. aneksie nr 5/2014. do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, zawartym 13 marca 2014 r.

(dowód: akta kontroli, str. 39, 160 - 175)

2.3. Poradnia POZ umiejscowiona jest na poziomie -1 budynku Szpitala, który jest skomunikowany z innymi poziomami za pomocą wind. Pomiędzy wejściem na ten poziom a poradnią nie stwierdzono przeszkód uniemożliwiających poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkich.

Wypożyczenie poradni POZ jest zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz z warunkami umowy zawartej z OW NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 46 - 47 i 127 - 137)

W poradni POZ zatrudnionych było na pełen etat trzech lekarzy ze specjalnością II stopnia z medycyny rodzinnej oraz dwie pielęgniarki.

(dowód: akta kontroli, str. 39)

2.4. W wyniku badania dokumentacji medycznej 14 pacjentów w wieku 65+, którzy odbyli co najmniej jedną wizytę w poradni POZ stwierdzono, że nie byli oni kierowani do poradni geriatrycznej. Z pacjentami tymi przeprowadzony został wywiad ogólny zawierający informacje o stanie zdrowia i istotnych problemach zdrowotnych oraz wywiad rodzinny i środowiskowy. Pacjenci ci byli kierowani do lekarzy specjalistów bądź na hospitalizację, w zależności od rodzaju schorzenia. 13 pacjentów poddano badaniu wg skali oceny depresji, dwóch – badaniu pamięci oraz ocenie podstawowych czynności życiowych, przeprowadzono także po jednym badaniu ośpienia oraz równowagi i chodu.

Średnio pacjent przyjmował stale 6,6 środków⁸. Średnia schorzeń przypadających na jednego pacjenta wyniosła 4,7⁹.

(dowód: akta kontroli, str. 49-50)

Kierownik poradni POZ, w sprawie stosowania procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej (dalej: COG) u pacjentów 65+ zgłaszających się po raz pierwszy po poradę oraz obowiązywania takiej procedury w Szpitalu wyjaśnił, że stosowane są elementy tej procedury. Ocena taka dokonywana jest najczęściej podczas drugiej lub kolejnej wizyty pacjenta, gdyż pierwsza traktowana jest jako zapoznawcza i zwykle nie daje możliwości dokonania całościowej oceny pacjenta ze względu na brak informacji np. o stosowanych lekach, brak dokumentacji medycznej itp. W zależności od charakterystyki pacjenta, tj. wieku, płci, faktu czy jest on pensjonariuszem DPS, bezdomnym lub osobą mieszkającą samotnie, jego sprawności intelektualnej i fizycznej, wykorzystywane są różne skale oceny pacjenta, która wykonywana jest przez lekarza, pielęgniarkę środowiskową lub opiekuna społecznego. Wykorzystywane są: ocena instrumentalnych czynności życia codziennego,

⁸ Maksymalnie 13, minimalnie 3.

⁹ Maksymalnie 10, minimalnie 2.

ocena podstawowych czynności w życiu codziennym wg skali Barthela, 15-punktowa skala oceny depresji, test oceny upośledzenia funkcji poznawczych, test rysowania zegara, skala Northona, ocena hipotonii ortostatycznej (zwłaszcza wśród osób leczonych pewnymi grupami leków kardiologicznych), ocena słuchu oraz widzenia. Wykorzystywana jest również karta COG, zwłaszcza wśród pacjentów objętych długoterminową opieką pielęgniarstwa. Oceny dokonują lekarze oraz pielęgniarki a następnie, w oparciu o wyniki, ustalane są działania prewencyjne mające na celu poprawę stanu zdrowia, takie jak szczepienia przeciw grypowe i przeciw pneumokokowe, badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych) oraz planowany jest proces leczenia i dobór odpowiedniego zakresu opieki medycznej.

W odpowiedzi na pytanie o realizowanie czynnej opieki medycznej, kierownik poradni POZ wyjaśnił, że jest ona realizowana w POZ poprzez podejmowanie w stosunku do pacjentów z chorobami przewlekłymi działań zapobiegawczych takich jak szczepienia oraz zapobieganie występowaniu powikłań, planowanie wizyt u specjalistów, ocenę wyników leczenia, korektę leczenia ze szczególnym uwzględnieniem farmakoterapii zaleconych przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny. W opiece nad osobami w wieku podeszłym uczestniczą także: pielęgniarka środowiskowo – rodzinna położna oraz opiekunowie w oparciu o zaplanowany schemat postępowania.

(dowód: akta kontroli, str. 207)

2.5. Ordynator Oddziału wyjaśniła m. in., że na Oddziale nie są stosowane procedury COG, gdyż NFZ finansuje świadczenie całonocnej opieki geriatrycznej jedynie na oddziałach geriatry. W sprawie realizowania czynnej opieki medycznej Ordynator wyjaśniła, że jest ona sprawowana w stosunku do wszystkich pacjentów hospitalizowanych na Oddziale, bez ograniczenia wiekowego.

(dowód: akta kontroli, str. 212)

Badanie dokumentacji 120 pacjentów¹⁰ leczonych na Oddziale w kontrolowanym okresie wykazało, że w 116 przypadkach przyjęcie odbywało się na podstawie skierowania lekarza i stanowiło główne wskazanie do leczenia. W pozostałych 4 przypadkach pacjenci zostali przeniesieni z innych oddziałów Szpitala.

Czas hospitalizacji na Oddziale w badanej próbie wynosił od jednego do 38 dni (średnio 7,3 dnia).

(dowód: akta kontroli, str. 186 - 193)

Najdłużej trwające hospitalizacje pacjentów 65+ na Oddziale, w badanej próbie, w 2014 r. (10 przypadków) wynosiły: 68, 40, 35, 25 (dwa przypadki), 23 (dwa przypadki), 21, 20 i 18 dni.

(dowód: akta kontroli, str. 210)

Wg wyjaśnień kierownika POZ, średni czas wizyty pacjenta w poradni POZ wynosi 15 min i jest on narzucony przez aplikację wspomagającą pracę tej poradni – „dr Eryk”. W przypadku pierwszej wizyty czas ten wynosi 30 min. W razie wystąpienia konieczności poświęcenia pacjentowi większej ilości czasu niż podstawowe 15 min, lekarz rejestruje na kolejną wizytę niezbędną liczbę okresów podstawowych (15 min), w zależności od wymaganej zakładanej realizacji procedur medycznych (całkowita ocena geriatryczna, edukacja pacjenta ze świeżym rozpoznaniem choroby przewlekłej takiej jak np. cukrzyca, astma, nadciśnienie tętnicze).

(dowód: akta kontroli, str. 207)

2.6. W kontrolowanym okresie Szpital nie prowadził ani nie organizował szkoleń dedykowanych opiece nad osobami w wieku podeszłym dla personelu POZ oraz Oddziału.

(dowód: akta kontroli, str. 125)

¹⁰ Wybór losowy za pomocą narzędzia „Pomocnik kontrolera” z dostarczonej przez Szpital zanonimizowanej bazy danych.

2.7. Lista oczekujących na hospitalizację na Oddziale prowadzona była w formie zeszytu zatytułowanego „Rok 2011/2012/2013/2014 – Księga planowych przyjęć do oddziału chorób wewnętrznych” i zawierała elementy określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W kolumnach zawierających dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących, dokonywane były także adnotacje o zmianie terminu przyjęcia na oddział i jego przyczynach.

Szpital nie dokumentuje wyrażania przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego zgody o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, pacjenci podpisują jednak każdorazowo zgodę na hospitalizację. Lista oczekujących uzupełniana jest codziennie, w dni robocze. W kontrolowanym okresie wystąpił jeden przypadek wyznaczenia wcześniejszego terminu udzielenia świadczenia w związku ze pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta. Szpital informował pisemnie pacjentów o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniał przyczyny wyboru tego terminu. W przypadku wyznaczenia nowego terminu udzielenia świadczenia, Szpital informował o tym fakcie pacjentów.

Nie stwierdzono przypadków zmiany terminu hospitalizacji wynikającego z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczenia i które uniemożliwiłyby zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących. Na wysyłanych powiadomieniach o terminie hospitalizacji podawany był numer telefonu kontaktowego. Oddział nie dokumentuje przeprowadzonych z oczekującymi na hospitalizację rozmów telefonicznych.

W trakcie analizy dokumentacji nie stwierdzono przypadków wskazujących na możliwość prowadzenia listy w sposób niezapewniający poszanowania zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli, str. 104 - 105)

W kontrolowanym okresie, do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta Szpitala, nie wpłynęła żadna skarga dotycząca prowadzonej listy oczekujących na Oddziale.

(dowód: akta kontroli, str. 124)

Zarządzeniem nr 2010/M Dyrektora Naczelnego Szpitala z dnia 16 lipca 2010 r. w sprawie prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu, wprowadzone zostały procedury tworzenia i prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń. Załącznik 4 tego zarządzenia wprowadzał wzór wniosku o zmianę kolejności w związku ze zmianą stanu zdrowia oczekującego na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli, str. 106 - 116)

Średni czas oczekiwania na wizytę wynosił w styczniu 2011 r., dla przypadku stabilnego - 21 dni a przypadki pilne przyjmowane były na bieżąco, w czerwcu 2011 r. dla przypadku stabilnego 15 dni a dla przypadki pilne przyjmowane były na bieżąco. W styczniu 2012 czas ten wynosił odpowiednio: 22 i 2 dni, w czerwcu 2012 r.: 21 i jeden dzień, w styczniu 2013 r. 23 i jeden dzień, w czerwcu 2013 r. 22 i jeden dzień oraz w maju 2014 r. 17 i 2 dni.

(dowód: akta kontroli, str. 123 i 185)

Prezes, odpowiadając na pytanie o problemy w funkcjonowaniu Oddziału w zakresie wyceny i rozliczania świadczeń przez NFZ, stabilności kadry a w szczególności utrzymania jej stanu zgodnie z obowiązującymi przepisami a także umową podpisaną z OW NFZ oraz wykorzystania łóżek szpitalnych na Oddziale wyjaśnił, że:

- procedury internistyczne na Oddziale są rozliczane zgodnie z katalogiem JGP. Wycena grup JGP w zakresie: choroby wewnętrzne – hospitalizacja jest nieadekwatna do ponoszonych kosztów. W ramach jednej hospitalizacji można rozliczyć wyłącznie jedną procedurę, odpowiadającą jednej jednostce chorobowej i wycenioną tak, aby pokryć średnie koszty hospitalizacji pacjentów z pojedynczym, konkretnym schorzeniem ujętym w katalogu. W większości przypadków hospitalizacje na Oddziale dotyczą pacjentów

powyżej 65 roku życia z licznymi schorzeniami współistniejącymi. Sytuacja ta powoduje, że koszty hospitalizacji znacznie przekraczają ich wycenę zaproponowaną w katalogu świadczeń, a ścisłe stosowanie się do zaleceń NFZ i leczenie wyłącznie jednego schorzenia mogłoby odbić się niekorzystnie na zdrowiu Pacjentów. Wyznaczone przez NFZ limity na hospitalizacje z zakresu chorób wewnętrznych dla tut. szpitala są niewystarczające. Większość pacjentów jest przyjmowana w trybie pilnym ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) z powodu zagrożenia życia, w związku z tym oddział generuje nadwykonania, za które częściowy zwrot kosztów następuje czasami z kilkuletnim opóźnieniem. NFZ nie wyraża zgody na finansowanie hospitalizacji z powodu tej samej jednostki chorobowej, która występuje w okresie krótszym niż 14 dni. Duża część hospitalizacji na Oddziale dotyczy pacjentów z chorobami nowotworowymi, z ciężką niewydolnością serca, czy chorobą obturacyjną płuc, które to schorzenia cechują się dużą zmiennością w swoim przebiegu i częstymi, nieprzewidywanymi zaostrzeniami, na co nie ma wpływu lekarz wypisujący pacjenta z Oddziału. W stosowanej przez NFZ wycenie procedur szpitalnych brak jest zróżnicowania pacjentów w zależności od ich wieku. Z uwagi na większe nakłady kosztów, szerszy panel wykonywanych badań, dłuższy czas hospitalizacji u pacjentów w wieku podeszłym, właściwym byłoby, podobnie jak to jest w przypadku pacjentów leczonych w POZ, objęcie osób w wieku 65+ wyższą stawką;

- W zakresie stabilności kadry na Oddziale, określone w obowiązujących przepisach prawa minimalne warunki w tym zakresie były zawsze utrzymane;
- Liczba łóżek na Oddziale w okresie objętym kontrolą wynosiła 51. W 2011 r. średnie obłożenie łóżka wynosiło 67,92%, w 2012 53,11%, natomiast w 2013 r. 53,85%. Udział pacjentów przyjętych z SOR wynosił: w 2012 r. - 58,68%, 2013 r. - 77,78%. Brak jest danych dot. liczby pacjentów kierowanych z SOR w 2011 r., gdyż nie prowadzono wtedy takich statystyk. Udział pacjentów przeniesionych na Oddział z innych oddziałów Szpitala przedstawia się następująco: w 2011 r. - 2,95%, w 2012 r. - 2,66% i w 2013 r. - 3,26%.

(dowód: akta kontroli, str. 209 - 210)

W odpowiedzi na pytanie, czy na Oddziale miało miejsce zjawisko tzw. „sezonowości” związane z umieszczaniem na nim zwiększonej liczby pacjentów w wieku podeszłym w okresach świąt oraz sezonie urlopowym, Prezes wyjaśnił, że zjawisko takie występuje i w ww. okresach jest znacznie trudniej nawiązać kontakt z rodzinami takich pacjentów.

(dowód: akta kontroli, str. 210)

Szpital terminowo przekazywał do OW NFZ, drogą elektroniczną, wymagane raporty statystyczne.

(dowód: akta kontroli, str. 117 - 121)

2.8. Szpital przeprowadził badanie poziomu satysfakcji pacjentów za lata 2011, 2012 i 2013. Udzielone odpowiedzi nie były dzielone wg struktury wieku, zaznaczano jedynie udział pacjentów z poszczególnych grup wiekowych w przeprowadzonym badaniu. W 2011 r. badanie zostało wykonane na podstawie 303 ankiet, z czego 18% zostało wypełnionych przez pacjentów w wieku powyżej 65 lat. Na Oddziale ankiety satysfakcji wypełniły 4 osoby. Na pytanie, czy pacjent chciałby aby w Szpitalu był leczony jego bliski krewny, odpowiedzi „tak” i „zdecydowanie tak” udzieliło łącznie 84% wszystkich ankietowanych a 13 % nie miało zdania. Odpowiedzi „nie” i zdecydowanie nie” udzieliło 4% ankietowanych. W 2012 r. badanie wykonano w oparciu o 176 ankiet, z czego 27% zostało wypełnionych przez pacjentów powyżej 65 roku życia. Na Oddziale ankiety wypełniło 5 osób. Na takie samo pytanie odpowiedzi „tak” i „zdecydowanie tak” udzieliło łącznie 88% wszystkich ankietowanych a 6 % nie miało zdania. Odpowiedzi „nie” i zdecydowanie nie” udzieliło 5% ankietowanych. W 2013 r. badanie wykonano w oparciu o 255 ankiet, z czego 23% zostało wypełnionych przez pacjentów powyżej 65 roku życia. Na Oddziale ankiety wypełniło 20 osób. Na zadane w poprzednich ankietach pytanie, odpowiedzi „tak” i „zdecydowanie tak” udzieliło łącznie 81% wszystkich ankietowanych a 12 % nie miało zdania. Odpowiedzi „nie” i zdecydowanie nie” udzieliło 5% ankietowanych.

(dowód: akta kontroli, str. 51-103)

Liczba wizyt pacjentów w POZ, którzy ukończyli 65 rok życia wynosiła: w 2011 r. – 146 (20,44% wszystkich wizyt), w 2012 r. – 1 998 (26,18%), w 2013 r. – 3 735 (29,82%) i w okresie od 1.01 do 25.06. 2014 r. – 2 458 (30,57%).

(dowód: akta kontroli, str. 42 - 45)

Prezes wyjaśnił, że utworzenie oddziału geriatrycznego było brane pod uwagę, lecz argumentem przeciwko takiemu rozwiązaniu jest trudność w pozyskaniu specjalistów oraz świadomość, że liczba pacjentów hospitalizowanych, ze współistniejącymi schorzeniami, wygeneruje wysokie koszty funkcjonowania takiego oddziału.

(dowód: akta kontroli, str. 210)

Z informacji uzyskanej przez NIK z OW NFZ w Krakowie wynika, że całkowite koszty leczenia 50 pacjentów w wieku podeszłym, którzy w roku 2013 najczęściej przebywali na Oddziale wynosiły od 5,2 tys. zł do 87,9 tys. zł; w tym 15 pacjentów powyżej 20 tys. zł.

Na całkowite koszty leczenia składały się m.in.: pobyty szpitalne, wizyty u lekarzy specjalistów, koszty leków i programów lekowych (np. leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek), świadczenia w hospicjum domowych, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej, świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – zrefundowane przez NFZ za leczenie w roku 2013. Średni koszt leczenia wyniósł 17,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 218 - 230)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1 Zgodnie z § 68 pkt 6 Regulaminu organizacyjnego Szpitala pacjent, który wymaga opieki po zakończonej hospitalizacji, jest zgłaszany przez lekarza prowadzącego do Pracownika Socjalnego Działu Koordynacji Opieki Szpitala, który wnioskuje o umieszczenia pacjenta w odpowiedniej placówce, która zapewnia całodobową opiekę. Pracownik socjalny udziela rodzinie niezbędnych informacji i pomocy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej.

Przed skierowaniem ww. wniosku Szpital przeprowadzał wywiady z pacjentami oraz ich rodzinami oraz informował również o możliwości umieszczenia pacjenta w ZOL-ach komercyjnych. W 2011 r. Szpital wystosował 72 takie wnioski obejmujące pacjentów powyżej 65 roku życia, w 2012 r. – 100, w 2013 r. – 87 oraz w I połowie 2014 r. – 65. Szpital kierował również do sądu wnioski o wyrażenie zgody na umieszczenia w ZOL-ach pacjentów bez kontaktu, nie mogących wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w placówce: w 2011 r. – 8 wniosków, 2012 i 2013 r. – po 14 wniosków oraz w I poł. 2014 r. – 16 wniosków. Składał również wnioski o umieszczenie w DPS: w 2012 r. – 3 wnioski, w 2013 r. – 4 wnioski oraz w I połowie 2014 r. – 2 wnioski.

W stosunku do osób samotnych, niesamodzielnych, wymagających opieki – wypisywanych do domu po zakończonej hospitalizacji, Szpital przysyłał do MOPS informację o potrzebie objęcia usługami opiekuńczymi lub prośbę o poinformowanie pielęgniarki środowiskowej o potrzebie udzielenia pomocy. W 2011 r. złożono 5 takich zgłoszeń, w 2012 r. – 16, w 2013 r. – 37 i w I poł. 2014 r. – 24. Szpital udzielał również pomocy we wnioskowaniu o umieszczenie w hospicjach pacjentów z chorobą nowotworową. W 2011 r. były to 3 wnioski, w 2012 r. – 4, w 2013 r. – 6 i w I poł. 2014 r. – 6.

(dowód: akta kontroli, str. 198-206)

Wg wyjaśnień Ordynatora Oddziału, współpracuje on z innymi elementami systemu ochrony zdrowia na bieżąco, zgodnie z potrzebami związanymi ze stanem zdrowia pacjentów w ramach oddziałów specjalistycznych Szpitala (bezpośrednie konsultacje w czasie pobytu pacjenta na Oddziale oraz w ramach poradni specjalistycznych po wypisie pacjenta z Oddziału).

Jeżeli ze względu na schorzenie pacjenta nie może on być leczony w Szpitalu, jest on konsultowany lub przekazywany do innych szpitali, np. na oddziały pulmonologii lub torakochirurgii szpitala im. Jana Pawła II. Po wypisie z Oddziału choremu zaleca się stały kontakt z lekarzem POZ. Oddział nie prowadził współpracy z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatrii.

W Szpitalu funkcjonuje stanowisko pracownika socjalnego. Każdorazowo przy umieszczaniu chorego w Hospicjum Stacjonarnym, Domowym ZOL-u, Oddziałach Paliatywnych czy organizacji domowej opieki pielęgniarstwa, Oddział korzysta z pomocy tego pracownika. Szpital nie posiada pisemnych procedur w tym zakresie.

W razie potrzeby Szpital prowadzi współpracę z MOPS, Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – u pacjentów potrzebujących orzeczenia takiej grupy.

W okresie zimowym Szpital poszukuje miejsc dla osób bezdomnych, w przypadku braku miejsca w noclegowniach, korzystając ze Sztabu Kryzysowego MOPS.

(dowód: akta kontroli, str. 174 - 175)

W odpowiedzi na pytanie, czy w Szpitalu wypracowane zostały procedury lub też praktyki w zakresie pomocy pacjentom w wieku 65+ związane z ich problemami bytowymi, w szczególności po wypisaniu ze Szpitala, a jeżeli tak, to czy i w jakim sposób Szpital współpracuje w tym zakresie z samorządem województwa oraz miejskim, Prezes wskazał na funkcjonujące stanowisko pracownika socjalnego oraz podał, że już w trakcie zbierania wywiadu przy przyjęciu uzyskiwane są od pacjentów i ich rodzin informacje odnośnie sytuacji socjalnej chorych. Jeżeli informacje zebrane w trakcie takiego wywiadu wskazują na niemożliwość zapewnienia opieki, po wypisie ze Szpitala, przez najbliższych, lekarz prowadzący zbiera dodatkowe informacje o możliwościach poprawy tej sytuacji, a jeżeli stan Pacjenta nie umożliwia mu powrotu do dotychczasowego miejsca pobytu lub miejsce to nie spełnia wymogów koniecznych dla prawidłowej opieki, to przy pomocy pracownika socjalnego lekarz prowadzący zapewnia rodzinie i choremu odpowiednią pomoc: w złożeniu wniosków do ZOL i DPS, zapewnieniu usług opiekuńczych z MOPS, pomocy Hospicjum Domowego, a w przypadku chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej Pacjenci często po zakończonym leczeniu przenoszeni są również do Hospicjum Stacjonarnego.

(dowód: akta kontroli, str. 210 - 211)

Zastępca Dyrektora ds. Pomocy Środowiskowej MOPS poinformował m. in., że Szpital zawiadamiał telefonicznie MOPS o pacjentach opuszczających Szpital i wymagających pomocy ze strony MOPS w formie usług opiekuńczych. Informacje takie były przekazywane najczęściej w dniu wypisu lub na dzień przed nim, a często przed weekendem lub przypadającym dniem wolnym.

(dowód: akta kontroli, str. 215 - 216)

3.2 W wyniku badania dokumentacji medycznej 14 pacjentów, którzy odbyli co najmniej jedną wizytę w poradni POZ stwierdzono, że w 13 przypadkach, lekarz udzielający porady, posiadał wiedzę na temat leczenia wcześniejszego leczenia pacjenta w postaci wyników badań specjalistów lub przebiegu hospitalizacji. Wszystkie historie zdrowia i choroby zawierały informacje o lekarzu POZ sprawującym opiekę nad pacjentem.

(dowód: akta kontroli, str. 49-50)

W wyniku badania 120 dokumentacji osób hospitalizowanych na Oddziale w kontrolowanym okresie stwierdzono, że w 11 przypadkach brak było historii leczenia pacjenta poza placówką oraz że tylko w 6 przypadkach Szpital dysponował informacją o lekarzu POZ

sprawującym opiekę nad pacjentem. Zaznaczyć jednak należy, że na Szpitalu nie ciążył obowiązek gromadzenia takich danych.

(dowód: akta kontroli, str. 186 - 193)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w zakresie współpracy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współpracę i współdziałanie Szpitala z innymi elementami systemu ochrony zdrowia oraz jednostkami samorządu terytorialnego

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie odstępuje od formułowania uwag i wniosków pokontrolnych, o których mowa w art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹¹.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

W związku z niesformułowaniem uwag i wniosków NIK nie oczekuje informacji w trybie art. 62 ustawy o NIK.

Kraków, sierpnia 2014 r.

Kontroler
Wojciech Zdasień
gł. specjalista k.p.

.....
podpis

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

