



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI.410.016.03.2015

P/15/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/15/062 – Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego.
<i>Okres objęty kontrolą</i>	Lata 2012-2015 (do czasu zakończenia kontroli).
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
<i>Kontrolerzy</i>	Tadeusz Poddębniak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 97123 z dnia 28 września 2015 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim., ul. Karola Szymanowskiego 1, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski (dalej: ZOZ).
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Dyrektor naczelny – Jarosław Seweryński od dnia 2 lutego 2015 r. Dyrektor naczelny – Józef Grabowski od dnia 27 grudnia 2011 r. do dnia 1 lutego 2015 r. [dowód: akta kontroli str. 3-11]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie¹.

Uzasadnienie oceny ogólnej ZOZ zapewniał we wszystkie dni tygodnia całodobową dostępność realizacji świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, w zakresie chorób płuc. Liczba i kwalifikacje zatrudnionego personelu medycznego, posiadany sprzęt i aparatura medyczna oraz zakres wykonywanych badań diagnostycznych i laboratoryjnych spełniały wymogi niezbędne do realizacji leczenia chorób płuc.

Pacjenci zgłaszający się do przyjęcia w trybie pilnym, byli hospitalizowani w dniu zgłoszenia, natomiast przyjęcia pacjentów w przypadkach stabilnych, uzależnione były od aktualnych możliwości przyjęcia. W latach 2012-2014 r. pacjenci w przypadkach stabilnych stanowili niewielki odsetek wszystkich przyjętych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

1. Nieujęcia lekarza zatrudnionego na Oddziale Pulmonologii w aneksie do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia – Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim w Kielcach (dalej: NFZ) na 2015 r. Stanowiło to naruszenie § 10 ust. 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej² (dalej: Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).
2. Ujęcia w aneksie do umowy z NFZ na 2015 r. dwóch urządzeń medycznych, pomimo iż ZOZ nie posiadał ich w dniu podpisywania aneksu.
3. Korzystania przez Oddział Pulmonologii z wspólnych ciągów komunikacyjnych z innymi jednostkami ZOZ oraz braku izolatek, śluz umywalkowo-fartuchowych i urządzeń umożliwiających kontakt pacjenta z odwiedzającymi, co było niezgodne z wymaganiami

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

² Dz.U. Nr 81, poz. 484.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³.

4. Niedokonywania oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz niesporządzania w związku z tym raportów z tej oceny, co stanowiło naruszenie art. 21 ust. 1, 4 i 5 ustawy z dnia 22 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

ZOZ wpisany jest do rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego i posiada aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, określony przepisami art. 106 ust. 3 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. W strukturze organizacyjnej ZOZ występuje Oddział Pulmonologii (znajdujący się pod adresem wskazanym w Księdze Rejestrowej). [dowód: akta kontroli str. 12-18]

W początkowym okresie objętym kontrolą obowiązywał statut ZOZ z dnia 29 września 2011 r. Rada Powiatu w Ostrowcu Świętokrzyskim dokonała jego nowelizacji w dniu 29 kwietnia 2013 r. i w dniu 25 czerwca 2015 r. Dokonywane zmiany wpisywane były postanowieniami Sądu Rejonowego w Kielcach w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Biuro Kadr ZOZ opracowało regulamin organizacyjny ZOZ z dnia 26 listopada 2012 r. Regulamin ten podpisany został przez przewodniczącego rady społecznej. Kolejny regulamin organizacyjny z dnia 14 marca 2014 r., również opracowany został przez Biuro Kadr ZOZ i podpisany przez przewodniczącego rady społecznej.

Regulaminy te zawierały elementy określone w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w tym m.in. cele i zadania, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie zawierały natomiast informacji o miejscu udzielania świadczeń. Informacja ta nie była również podana w statucie.

Zgodnie z postanowieniami regulaminów, Oddział Pulmonologiczny świadczy usługi diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki chorób oskrzeli i płuc w zakresie: nowotworów, gruźlicy (zarówno płuc jak i o lokalizacji pozapłucnej), zapaleń płucnej i opłucnej, zapaleń oskrzeli, rozedmy płuc, stanów ropnych układu oddechowego, astmy oskrzelowej i chorób alergicznych układu oddechowego, niewydolności oddechowej śródmiąższowej z kwalifikacją do domowej tlenoterapii, chorób śródmiąższowych płuc.

[dowód: akta kontroli str. notatka służbowa, 19-55]

W okresie objętym kontrolą Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził pięć kontroli w ZOZ, obejmujących Oddział Pulmonologii. W kontroli kompleksowej przeprowadzonej w dniu 8 kwietnia 2014 r., dotyczącej przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych, stan sanitarno-techniczny pomieszczeń oddziału oceniono jako akceptowalny. W protokole stwierdzono też, że ZOZ *nie okazał do wglądu „programu dostosowania” podmiotu do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739).*

Kontrola z dnia 27 maja 2014 r. dotyczyła postępowania w ognisku epidemicznym zakażenia szpitalnego w Oddziale Pulmonologii. Biorąc pod uwagę stwierdzone nieprawidłowości, Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny wydał decyzję z dnia 21 lipca 2014 r., wymierzającą dla ZOZ opłatę pieniężną.

W dniu 13 marca 2015 r. przeprowadzona została kontrola kompleksowa ZOZ w zakresie przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych. W wyniku kontroli stwierdzono osiem nieprawidłowości dot. nieprzestrzegania wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia tego oddziału. Na tej podstawie Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w dniu 1 czerwca 2015 r. wydał decyzję określającą termin usunięcia nieprawidłowości i wymierzył dla ZOZ opłatę pieniężną.

[dowód: akta kontroli str. 56-85, 319]

³ Dz.U. z 2012 r., poz. 739.

⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

⁵ Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

W dniu 3 lutego 2011 r. ZOZ podpisał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne nr 13-SZP03/1-11-00205-018 z NFZ na lata 2011-2013 (dalej: umowa bazowa z NFZ na leczenie szpitalne). W umowie ujęto w zakresie produktu kontraktowego, choroby płuc – hospitalizacja i zawarto całodobową dostępność realizacji tych świadczeń w Oddziale Pulmonologicznym.

W dniu 16 stycznia 2012 r. ZOZ podpisał jeszcze jedną umowę nr 13-SZP03/1-11-00205-018 z NFZ na lata 2011-2013, w której określono kwotę zobowiązań NFZ wobec ZOZ z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. W późniejszym okresie, ZOZ podpisywał tylko aneksy do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne.

[dowód: akta kontroli str. 209-287]

W latach 2012-2015 (czerwiec) wartości zakontraktowanych i wykonanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pulmonologii były następujące: 2.420,6 tys. zł i 2.554,9 tys. zł; 2.381,2 tys. zł i 2.393,8 tys. zł; 2.524,1 tys. zł i 2.549,8 tys. zł, 1.268,0 tys. zł i 1.293,7 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 288]

Największe nadwykonania zrealizowane zostały w 2012 r. i wyniosły 151,6 tys. zł. W kolejnych dwóch latach wyniosły 12,6 tys. zł i 25,7 tys. zł.

NFZ podpisał porozumienie sankcjonujące 3.634,5 tys. zł nadwykonań, z zobowiązaniem zapłaty 1.526,0 tys. zł, ale pod warunkiem zrzeczenia się przez ZOZ z wszystkich pozostałych roszczeń za wykonane w 2012 r. świadczenia ponadlimitowe. Porozumienie w tym zakresie potwierdzone zostało ugodą sądową w dniu 20 czerwca 2013 r. ZOZ ze 151,6 tys. zł nadwykonań w Oddziale Pulmonologii, uzyskał 98,2 tys. zł.

ZOZ występował do NFZ z prośbą o zapłatę za nadwykonania za 2013 r. na ogólną kwotę 3.912,1 tys. zł, uzasadniając zbyt niską wartością kontraktu, niezabezpieczającą rzeczywistego zapotrzebowania oraz tym, że udzielano świadczeń medycznych ratujących życie i zdrowie pacjentów ponad limit, kierując się dobrem pacjentów.

NFZ uwzględniając postanowienia protokołu z negocjacji umowy przeprowadzonych w oparciu o § 43 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, aneksem do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne z dnia 12 lutego 2014 r., zwiększył kontrakt o 2.013,3 tys. zł. Jednocześnie w aneksie zawarto sformułowanie o zrzeczeniu się przez ZOZ z dochodzenia w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń dotyczących określonych zakresów świadczeń ujętych w tym aneksie, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości za 2013 r.

ZOZ wnosił o zapłatę nadwykonań za 2014 r. 3.275,5 tys. zł, rozszerzając argumentację przedstawioną wyżej dotyczącą 2013 r. o pogarszanie się sytuacji finansowej ZOZ, niewykorzystanie posiadanych zasobów szpitala i znaczne wydłużenie kolejek oczekujących na leczenie, powodujących pogarszanie się sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu.

NFZ uwzględniając postanowienia protokołu z negocjacji umowy przeprowadzonych w oparciu o § 43 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, aneksem do umowy podstawowej na leczenie szpitalne z dnia 13 lutego 2015 r. zwiększył kontrakt o 1.493 tys. zł. Jednocześnie w aneksie zawarto sformułowanie o zrzeczeniu się przez ZOZ z dochodzenia w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń dotyczących określonych zakresów świadczeń ujętych w tym aneksie, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości za 2014 r.

Szczególna sytuacja wystąpiła w 2015 r. gdyż poza kontraktem dla oddziału w zakresie świadczeń choroby płuc – hospitalizacja określonym w wysokości 1.772.940 zł, znalazły się również świadczenia: choroby płuc – hospitalizacja – pakiet onkologiczny w kwocie 745.680 zł. Kolejnymi aneksami zmniejszono wartość kontraktu na pakiet onkologiczny. Aneksem z dnia 20 sierpnia 2015 r. do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne, wartości te na 2015 r. określono odpowiednio w wysokości 2.154.412 zł i 372.840 zł.

[dowód: akta kontroli str. 289-292, 247, 269]

NFZ terminowo wypłacał należności za faktury wystawione przez ZOZ w 2015 r. Faktury te wystawiane były jednak tylko na taki zakres wykonanych świadczeń zdrowotnych, które wcześniej zaaprobował NFZ. Pozostałe należności za wykonane świadczenia (uznane przez NFZ), ale nieujęte w fakturach danego miesiąca, wprowadzane były w następnych miesiącach. Dlatego też w kolejnych dziewięciu miesiącach 2015 r. kwoty należności za świadczenia Oddziału Pulmonologii uznane przez NFZ za wykonane w danym miesiącu i kwoty uzgodnione z NFZ do zafakturowania w tym samym miesiącu w systemie SZOI różniły się następująco: 159,5 tys. zł – 99,5 tys. zł, 193,5 tys. zł – 128,2 tys. zł, 265,9 tys. zł – 221,1 tys. zł, 277,4 tys. zł – 275,0 tys. zł, 200,3 tys. zł – 166,1 tys. zł, 176,0 tys. zł – 264,5 tys. zł, 236,8 tys. zł – 213,2 tys. zł, 152,2 tys. zł – 177,3 tys. zł i 115,6 tys. zł – 123,9 tys. zł.

Ten sposób fakturowania wykonanych świadczeń zdrowotnych wpływał na destabilizację sytuacji finansowej ZOZ. Wyniki finansowe oddziału w kolejnych miesiącach 2015 r. były bowiem następujące: strata 49,6 tys. zł, strata 119,7 tys. zł, zysk 33,1 tys. zł, zysk 94,1 tys. zł, strata 45,8 tys. zł, zysk 110,3 tys. zł, strata 55,7 tys. zł, strata 40,1 tys. zł i zysk 128,3 tys. zł⁶.

[dowód: akta kontroli str. 295-313]

Ustalone
nieprawidłowości

Regulaminy organizacyjne nie zawierały informacji o miejscu udzielania świadczeń wymaganej art. 24 ust. 1 pkt 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Finansowych, stało się to z powodu niedopatrzenia.

[dowód: akta kontroli str. 489]

1. Realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc, na podstawie umów zawartych z NFZ

Zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), jednostka organizacyjna realizująca świadczenia w zakresie chorób płuc musi⁸:

- 1) Zatrudnić równoważnik co najmniej dwóch etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty w dziedzinie chorób płuc.

Na podstawie analizy aneksu z dnia 13 lutego 2015 r. do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc na 2015 r. i dokumentów kadrowych personelu ustalono, że ZOZ spełniał wymagania ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie liczby i kwalifikacji zatrudnionego w Oddziale Pulmonologii personelu.

W powyższym aneksie nie ujęto jednak zatrudnionej na tym oddziale na $\frac{3}{4}$ etatu lekarki, specjalisty chorób wewnętrznych I stopnia. Lekarka ta, zatrudniona była również w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym ZOZ na $\frac{1}{4}$ etatu.

Z kolei lekarz specjalista chorób wewnętrznych ujęty został w tym aneksie, natomiast z treści umowy kontraktowej, na podstawie której został zatrudniony nie wynika, aby był zatrudniony na tym oddziale.

[dowód: akta kontroli str. 489-491]

W latach 2012-2014 zatrudnionych było na oddziale czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc i trzech w 2015 r., z tego na etatach w latach 2012-2014 było trzech lekarzy i dwóch w 2015 r., a w całym okresie objętym kontrolą jeden lekarz na podstawie umowy kontraktowej. Ponadto w całym okresie objętym kontrolą zatrudnionych było trzech lekarzy innej specjalizacji, z tego dwóch etatowo i jeden na podstawie umowy kontraktowej.

⁶ W kolejnych miesiącach 2015 r. przychody i koszty były następujące: 145,5 tys. zł, 195,1 tys. zł ; 82,2 tys. zł, 201,9 tys. zł ; 228,1 tys. zł, 195,1 tys. zł; 286,7 tys. zł, 192,6 tys. zł; 164,7 tys. zł, 210,6 tys. zł ; 309,3 tys. zł, 199,0 tys. zł; 159,7 tys. zł, 215,4 tys. zł; 168,7 tys. zł, 208,8 tys. zł i 333,7 tys. zł, 205,4 tys. zł.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

⁸ W poz. 13 w załączniku nr 3: Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, część I: Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej.

Tylko jeden lekarz w całym okresie zakwalifikowany był do grupy wiekowej 35-44 lata, dwóch do grupy 45-54 lata i dwóch do grupy powyżej 64 lat. W latach 2012-2014 dwóch lekarzy było w grupie 55-64 lata i jeden w 2015 r. [dowód: akta kontroli str. 489-494]

2) Zapewniać w przypadku hospitalizacji, całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia oraz kontynuację procesu leczniczego poprzez procedury rehabilitacji oddechowej.

Oddział Pulmonologii zapewniał całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia. Jak wyjaśnił ordynator Oddziału Pulmonologii, *w oddziale prowadzona jest rehabilitacja oddechowa wybranych pacjentów w formie ćwiczeń oddechowych i wspomaganie kaszlu. W czynnościach tych uczestniczy personel pielęgniarski, a w niektórych przypadkach z pomocą fizjoterapeutów. W Ostrowcu Św. i na terenie województwa brak jest oddziału rehabilitacji pulmonologicznej.* [dowód: akta kontroli str. 92-103, 209-287, 483, 566-568]

3) Posiadać w miejscu udzielania świadczeń spirometr i kardiomonitor, a w lokalizacji bronchoskop i bronchofiberoskop.

Oddział Pulmonologii dysponuje sprzętem wymaganym ww. rozporządzeniem. Niemniej jednak w aneksie z dnia 13 lutego 2015 r. do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne jest ujęty sprzęt, którego ZOZ nie posiadał w dniu podpisywania aneksu.

[dowód: akta kontroli str. 150-181]

4) Zapewniać realizację badań mikrobiologicznych (w tym BK) i scyntygraficznych.

Szpital zapewniał realizację podstawowych badań mikrobiologicznych, natomiast realizację specjalistycznych badań mikrobiologicznych i badań scyntygraficznych zlecał jednostkom zewnętrznym, z którymi posiadał umowy na wykonywanie tych usług.

[dowód: akta kontroli 316-317, 325-338]

5) Posiadać, w lokalizacji, pracownię endoskopii.

Oddział Pulmonologii wykonuje badania bronchoskopii, natomiast inne badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia) zleca do Pracowni Endoskopii ZOZ.

[dowód: akta kontroli str. 30-45. 422-424]

ZOZ posiada *Instrukcję ZS 6.6 zastosowania izolacji w wybranych komórkach szpitala*, zatwierdzoną przez Naczelną Pielęgniarkę ZOZ. Określa ona m.in. zasady izolowania pacjentów w SOR/Izbie Przyjęć. Z ustaleń kontroli wynika, iż SOR posiada wydzieloną salę – pomieszczenie zapewniające krótkotrwałą izolację pacjenta w przypadkach zgłoszenia się chorego z podejrzeniem lub zachorowaniem na chorobę zakaźną lub z podejrzeniem lub zakażeniem czy nosicielstwem drobnoustrojem alarmowym.

[dowód: akta kontroli str. 520-523]

Oddział Pulmonologii mieści się w wolnostojącym budynku dwu i trzykondygnacyjnym, gdzie zajmuje pierwsze piętro. Oddział posiada wspólne wejście, wspólną klatkę schodową i windę oraz wspólne wyjście awaryjne z innymi jednostkami ZOZ znajdującymi się w tym budynku.

Część oddziału, z salami chorych, oddzielona jest od wspólnego ciągu komunikacyjnego (klatka schodowa, winda) całego budynku przeszklonymi drzwiami.

Oddział dysponuje 30 łózkami w siedmiu salach, w tym pięć sal jest dużych, na maksymalnie sześć łóżek. Wejście do sal odbywa się bezpośrednio z holu. Oddział nie posiada śluzy umywalkowo-fartuchowej. Jak poinformowała pielęgniarka oddziałowa, dla pacjentów z podejrzeniem zachorowania na gruźlicę lub leczonych na gruźlicę, wyznaczone są dwie duże sale. Liczba łóżek w tych salach jest elastyczna, zależna od aktualnego zapotrzebowania.

Dwie małe sale, na maksymalnie dwa łóżka, posiadają własny węzeł sanitarny (umywalka i ubikacja). Jedna z nich posiada na stałym wyposażeniu kardiomonitor, druga oznaczona jest jako sala „wydzielona”. Sale te nie posiadają śluz umywalkowo-fartuchowych, urządzeń umożliwiających kontakt pacjentów. Wejście do sal odbywa się bezpośrednio z holu.

[dowód: akta kontroli str. 414-418]

W trakcie kontroli NIK nie było możliwe określenie, jaki był zakres planowanych do wykonania zadań w Oddziale Pulmonologii w ramach realizacji programu dostosowania ZOZ do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym

i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej⁹, w kontekście ww. ustaleń funkcjonowania oddziału. Jak wyjaśnił Dyrektor Naczelny, ZOZ nie posiada szczegółowego harmonogramu prac dotyczącego realizacji decyzji Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 czerwca 2015 r.¹⁰, ale stwierdził, że wszystkie zalecenia wynikające z ww. decyzji zostaną wykonane do końca 2016 r.

[dowód: akta kontroli str. 316]

W latach 2012-2015 (do listopada) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych zarejestrował 71 zakażeń w Oddziale Pulmonologii, wystąpienie dwóch epidemicznych ognisk szpitalnych i 46 przypadków drobnoustrojów.

[dowód: akta kontroli str. 419]

ZOZ posiada *Klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych, Spis procedur „zakażeń szpitalnych” i Procedurę systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym ZS-6*. Oddział Pulmonologii posiada *Wewnętrzną Instrukcję Izolowania Chorego z Gruźlicą i Wewnętrzną Instrukcję Izolowania Chorego Podejrzanego lub Zakażonego Chorobą Zakaźną*.

[dowód: akta kontroli str. 425-435]

Łączna liczba hospitalizowanych pacjentów w Oddziale Pulmonologii w poszczególnych latach 2012-2014 zwiększała się z poziomu 605 do 668. W I półroczu 2015 r. wyniosła 377 pacjentów.

Średnie wykorzystanie łóżek w całym oddziale wynosiło odpowiednio 88,3%, 88,2%, 87,3% i 93,6%.

Liczba hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy płuc kształtowała się w latach 2012-2015 (I półrocze)¹¹ następująco: 74 (12,2% wszystkich pacjentów oddziału), 72 (10,6%), 53 (7,9%) i 29 (7,7%), w tym hospitalizowanych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie odpowiednio: 43, 48, 24 i 11. Mężczyźni stanowili ponad 68% pacjentów oddziału. Dominująca część hospitalizacji dotyczyła pacjentów powyżej 50 roku życia.

Bardzo duży udział w przyjęciach na oddział mieli pacjenci kierowani przez Szpitalny Oddział Ratunkowy (przypadki nagłe): 43,2%, 38,9%, 45,3 i 13,8%.

Średni okres pobytu chorego z rozpoznaniem gruźlicy płuc wynosił ponad 40 dni, a dla całego oddziału nie przekraczał 15 dni.

Nie wystąpił przypadek, aby hospitalizowany przerwał leczenie gruźlicy płuc.

Na gruźlicę zmarło siedmiu pacjentów.

dowód: akta kontroli str. 317, 437-441, 504]

Wszyscy pacjenci oddziału korzystali z badań diagnostycznych. Prawie połowa pacjentów miała wykonywane badania spirometryczne, w tym niecałe 3% z próbą rozkurczową. Próbkami tuberkulinowymi obejmowano od 10 do 30% pacjentów.

W latach 2013 (II półrocze) – 2015 (I półrocze)¹² hospitalizowanym pacjentom oddziału przeprowadzono odpowiednio 82, 289 i 198 badań Rtg klatki piersiowej, wszystkich badań USG – 127, 300 i 153, w tym badań USG płuc – 37, 94 i 46 i badań USG opłucnej – 2, 2, 3. Wszystkich badań tomografii komputerowej CT wykonano dla 131, 277 i 143 pacjentów, w tym 106, 193 i 84 z biopsją płuca pod kontrolą CT.

Badania diagnostyki laboratoryjnej wykonano 4.510, 8.331 i 4.772 pacjentom, z tego 3.631, 6.941 i 4.004 dotyczyło diagnostyki biochemicznej, 707, 1.104 i 566 diagnostyki hematologicznej oraz 172, 286 i 202 diagnostyki koagulologicznej.

[dowód: akta kontroli str. 447-448]

⁹ Dz. U. 2006 r., poz. 1568.

¹⁰ Decyzja dotyczyła nieprawidłowości w zakresie dostosowania Oddziału Pulmonologii do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – opis na str. 3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹¹ Okres objęty kontrolą.

¹² ZOZ posiada dane zgromadzone w systemie informatycznym dopiero od dnia 1 lipca 2013 r.

ZOZ posiada Dział Diagnostyki Laboratoryjnej. W strukturze działu znajduje się Laboratorium Mikrobiologiczne, w skład którego wchodzi Pracownia Bakteriologii i Pracownia Hodowli Prątka Gruźlicy.

Pracownia Bakteriologiczna posiada zaświadczenie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej z dnia 15 stycznia 2015 r., informujące o uzyskaniu przez tę pracownię bardzo dobrych wyników w Ogólnopolskim Sprawdzianie Wiarygodności Badań Mikrobiologii POLMICRO 2014.

Z kolei Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątka Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc wydało w czerwcu 2015 r. certyfikat zaświadczyjący, że Laboratorium Prątka w ZOZ brało udział w zewnętrznej kontroli jakości badań bakterioskopowych i uzyskało wynik bardzo dobry.

Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej posiada dyplom specjalisty drugiego stopnia w zakresie analityki klinicznej. Pozostałe osoby posiadają kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań.

Materiały do badań dla Pracowni Bakteriologii pobierane są na oddziałach szpitalnych, w punkcie pobrań Laboratorium Diagnostyki i w przychodniach zewnętrznych, z którymi szpital ma podpisane umowy na wykonywanie badań. Pracownia Hodowli Prątka Gruźlicy znajduje się w wolnostojącym budynku. Materiały do badań pobierane są w Oddziale Pulmonologii, zlokalizowanym też w tym budynku.

W obu pracowniach wyodrębniono pomieszczenia, w których znajdował się punkt przyjęć materiału do badań i punkt rozdziału materiału do badań, pomieszczenia do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej i pomieszczenia administracyjne – wyszczególnione w § 4 ust. 1-5 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. Dla aparatury pomiarowo-badawczej oraz sprzętu stanowiącego wyposażenie tych pracowni, prowadzona jest dokumentacja wymagana § 5 ust. 4 rozporządzenia. Sprzęt ten podlegał bieżącej kontroli, nadzorowi technicznemu i okresowym przeglądom technicznym.

W przypadku konieczności wykonywania badań, których ww. pracownice nie wykonują, badania te zlecane są do jednostek posiadających zaawansowane laboratoria diagnostyczne, tj. do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Czerwonej Górze i do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

[dowód: akta kontroli str. 316-317, 325-338, 495-498]

W ZOZ nie jest prowadzona ewidencja jednostkowych kosztów świadczeń.

[dowód: akta kontroli str. 88-89]

Wartość wykonanych wszystkich świadczeń w latach 2012-2014 w Oddziale Pulmonologii kształtowała się następująco:

- gruźlica: 1.516,8 tys. zł (62,7%), 1.570,9 tys. zł (65,9%), 1.630,4 tys. zł (64,6%);
- choroby onkologiczne: 662,5 tys. zł (27,4%), 615,4 tys. zł (25,8%), 732,2 tys. zł (29,0%);
- Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (dalej: POChP): 160,0 tys. zł (8,9%), 167,0 tys. zł (7,0%), 128,4 tys. zł (5,1%);
- pozostałe choroby płuc: 215,7 tys. zł (8,9%), 40,5 tys. zł (1,7%), 58,9 tys. zł (2,3%).

[dowód: akta kontroli str. 449-452]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Lekarka, specjalista chorób wewnętrznych I stopnia (K.D-D.) zatrudniona w Oddziale Pulmonologii na $\frac{3}{4}$ etatu, nie została ujęta w aneksie z dnia 13 lutego 2015 r. do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne. Stanowiło to naruszenie § 10 ust. 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z którego wynika, że po podpisaniu umowy, świadczeniodawca jest zobowiązany do korzystania z serwisu oraz dbania o aktualność dostępnych w nim informacji poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych.

Z podpisanego ww. aneksu wynika też, że świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

Jak wyjaśnił Kierownik Działu Kontrolingu¹³, dział ten posiadał informację o zatrudnieniu tej lekarki tylko w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

[dowód: akta kontroli str. 480]

2. Bochofiberoskop model EB 207T, nr B048A034 oraz spirometr model LUNGTEST 500, nr 961211 ujęte zostały w aneksie z dnia 13 lutego 2015 r. do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne, pomimo że w dniu podpisywania aneksu nie były już w posiadaniu Szpitala. Stanowiło to naruszenie § 10 ust. 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zastępca Dyrektora ds. Finansowych poinformował, że w ZOZ nie ma procedury wewnętrznej regulującej przekazywanie danych między komórkami, dotyczących aktualizacji danych.

Jak wyjaśnił Kierownik Działu Kontrolingu ZOZ, do tego działu nie przekazano informacji o likwidacji tych dwóch środków trwałych i wykreśleniu ich z ewidencji.

[dowód: akta kontroli str. 463, 480]

3. Oddział Pulmunologii ma wspólne ciągi komunikacyjne z innymi jednostkami ZOZ i m.in.: nie posiada śluz umywalkowo-fartuchowych, izolatek i urządzeń umożliwiających kontakt pacjenta z odwiedzającymi. Tym samym nie spełnia warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (§ 3 ust. 1 rozporządzenia, ust. 1, 2 i 4 części VI w związku z ust. 2 części VII załącznika nr 1 do rozporządzenia i § 15 rozporządzenia)¹⁴.

Jak wyjaśnił Dyrektor Naczelny ZOZ Jarosław Seweryński, wszystkie zalecenia wynikające z decyzji Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 czerwca 2015 r. zostaną wykonane do końca 2016 r.

[dowód: akta kontroli str. 316]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Lekarz specjalista chorób wewnętrznych (K.M.) ujęty w aneksie do umowy bazowej z NFZ na leczenie szpitalne w Oddziale Pulmonologii, zatrudniony został w ZOZ w oparciu o umowę kontraktową do pełnienia dyżurów w Pawilonie Szpitalnym. Pawilon Szpitalny nie występuje w aktualnym regulaminie organizacyjnym ZOZ. W umowie kontraktowej nie podano jako miejsca zatrudnienia Oddziału Pulmonologii.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Finansowych, określenie Pawilon Szpitalny jest określeniem historycznym, powszechnie znanym nie tylko wśród personelu, ale również wśród pacjentów i odwiedzających. Lekarze zatrudnieni na umowy kontraktowe zapewniają opiekę lekarską na Oddziale Pulmonologii, jednocześnie realizują konsultacje lekarskie dla pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego. [dowód: akta kontroli str. 489]

NIK uznaje za konieczne określanie w jakiej jednostce organizacyjnej ZOZ lekarze kontraktowi wykonują swoje obowiązki i jaki zakres zadań do wykonania zostaje im powierzony.

2. Problemy związane z aktualizowaniem potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji umowy z NFZ, wynikające z nieprzekazywania do Sekcji Kontrolingu występujących w tym zakresie zmian, wymagają zdaniem NIK wdrożenia odpowiednich rozwiązań organizacyjnych w celu ich wyeliminowania.

Ocena cząstkowa

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

2. Realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego i POChP, na podstawie umów zawartych z NFZ

Wszyscy lekarze zatrudnieni w Oddziale Pulmonologii realizowali świadczenia zdrowotne objęte umowami z NFZ, w tym w zakresie gruźlicy, POChP i innych chorób płuc oraz w zakresie leczenia z rozpoznaniem onkologicznym. Dlatego też zakres spełniania

¹³ Sekcja Kontrolingu przygotowuje materiały niezbędne do konkursów ofert, w tym sporządza oferty na świadczenia medyczne do NFZ i umowy na świadczenia medyczne.

¹⁴ Niespełnianie wymogów tego rozporządzenia stwierdził też, w wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 10-13 marca 2015 r., Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

wymagań rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczących liczby i kwalifikacji zatrudnionego w Oddziale Pulmonologii personelu przedstawiony w pkt 1 wystąpienia pokontrolnego, odnosi się również do tego zakresu kontroli.

Analogiczna sytuacja dotyczy sprzętu medycznego.

Liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziale w latach 2012-2015 (I półrocze) na POChP wynosiła 65 (10,7% wszystkich pacjentów), 90 (13,2), 70 (10,5%) i 52 (13,8%).

Udział mężczyzn był dominujący i wynosił za cały okres 78%.

Zdecydowane zwiększenie hospitalizacji dotyczyło pacjentów powyżej 50 roku życia.

Bardzo duży udział w przyjęciu na oddział stanowili pacjenci kierowani przez Szpitalny Oddział Ratunkowy (przypadki nagłe): 46,1%, 47,9%, 73,6% i 75,0%.

[dowód: akta kontroli str. 437-441]

W poszczególnych latach średnia długość pobytu pacjenta wynosiła w dniach: 10,5; 8,7; 10,7 i 11,7.

W trakcie hospitalizacji w zakresie POChP zmarło dwóch pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 437-441, 457, 499-503]

Liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziale w latach 2012-2015 (I półrocze) z rozpoznaniem onkologicznym wynosiła 85 (14,0% wszystkich pacjentów oddziału), 81 (11,9%), 92 (13,8%) i 34 (9,0%). Wszystkie przypadki dotyczyły leczenia z rozpoznaniem nowotworem złośliwym płuca.

Udział mężczyzn był zdecydowanie większy i wynosił za cały okres 82%.

Bardzo duży udział w przyjęciu na oddział stanowili pacjenci kierowani przez Szpitalny Oddział Ratunkowy (przypadki nagłe): 52,2%, 58,0%, 50,0% i 60,6%.

W okresie objętym kontrolą zmarło 53 pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym.

[dowód: akta kontroli str. 437-441, 457, 504-509]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność jednostki w badanym obszarze.

3. Działania podejmowane na rzecz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego

W 2012 r. pacjenci w przypadkach stabilnych stanowili 2,9% wszystkich przyjętych, w 2013 r. – 4,3%, 2014 r. – 0,1 % i w I półroczu 2015 r. – 11,4%.

W poszczególnych latach 2012-2015 (I półrocze) nie było pacjentów oczekujących na przyjęcie na oddział w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz z rozpoznaniem onkologicznym w przypadkach pilnych.

W 2012 r. było po trzech pacjentów oczekujących w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz w zakresie onkologii. Średni czas oczekiwania w pierwszym przypadku wynosił 8 dni, a w drugim – 11 dni.

W 2013 r. było czterech pacjentów oczekujących w zakresie onkologii. Ich średni czas oczekiwania wynosił 12 dni.

W 2014 r. nie było pacjentów oczekujących.

W I półroczu 2015 r. było ośmiu pacjentów oczekujących w zakresie gruźlicy i czterech w zakresie onkologii. Ich czas oczekiwania wynosił średnio 13 i 8 dni.

W czerwcu 2013 r. był jeden pacjent oczekujący na przyjęcie, w marcu 2014 r. nie było pacjentów oczekujących, w czerwcu 2015 r. było czterech pacjentów oczekujących.

Na koniec 2012 r., 2013 r. i 2014 r. żadna osoba nie oczekiwała na przyjęcie na oddział. Na dzień 30 czerwca 2015 r. trzy osoby oczekiwały na przyjęcie na oddział, w zakresie gruźlicy i chorób płuc.

[dowód: akta kontroli str. 437, 510-511]

Aktualnie w ZOZ żadne zarządzenie Dyrektora Naczelnego nie określa zasad sporządzania list pacjentów oczekujących na przyjęcie. Aktualny regulamin organizacyjny ZOZ natomiast przewiduje, iż w stosunku do przyjęć pacjentów w trybie planowym do leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, musi być utworzona lista oczekujących. Kolejność udzielania świadczeń ustalana jest zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i obowiązującą procedurą w ZOZ. Lista oczekujących na świadczenia zdrowotne prowadzona jest w formie *Księgi oczekujących* i jest na bieżąco aktualizowana. Dostępność do świadczeń hospitalizowania pacjentów w trybie planowym, następuje według listy oczekujących oddziału. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają, co najmniej raz w miesiącu, kontroli *Zespołu Oceny Przyjęć*, powołanego przez dyrektora ZOZ. Zgodnie z Lekarsko-Pielęgniarską Procedurą Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SOR – 20 „Przyjęcia planowe SOR (Izba Przyjęć – Punkt Przyjęć Planowych) w ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim”, fakt przyjęcia planowego potwierdzany jest na podstawie list przyjęć planowanych danego oddziału, przekazywanych do Izby Przyjęć dnia poprzedniego. W przypadku braku danej osoby na ww. liście, rejestratorka medyczna potwierdza ustalony termin przyjęć telefonicznie z lekarzem danego oddziału. Z ustaleń kontroli wynika, iż w okresie objętym kontrolą w ZOZ nie była prowadzona *Księga oczekujących*.

[dowód: akta kontroli str. 22-24, 40-46, 316, 526-531]

Na początku okresu objętego kontrolą obowiązywało zarządzenie nr 17/2009 Dyrektora Naczelnego ZOZ z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie list oczekujących na świadczenia medyczne w ZOZ. Zarządzenie określało zakres i sposób dokonywania oceny prawidłowości sporządzania list oczekujących.

Obecnie obowiązuje zarządzenie nr 72/2012 r. Dyrektora Naczelnego ZOZ z dnia 16 października 2012 r. w sprawie sposobu prowadzenia, odpowiedzialności i nadzoru nad prawidłowością i terminowością list oczekujących na świadczenia medyczne w ZOZ.

Zarządzeniem tym Dyrektor powołał zespół, którego zadaniem jest przeprowadzanie oceny prawidłowości list oczekujących na udzielanie świadczeń pod względem: prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń, terminowości sprawozdawania list oczekujących na kolejki wysokospecjalistyczne do systemu NFZ, terminowości spływu list oczekujących z oddziałów do Sekcji Statystyki i terminowości sprawozdawczości kolejek z oddziałów do systemu NFZ. Zespół miał odbywać posiedzenia zwoływane przez przewodniczącego co najmniej raz w miesiącu, a sekretarz każdorazowo sporządzać raporty z oceny przyjęć i przekazywać przewodniczącemu, który winien przedstawiać je dyrektorowi.

Zarządzenie wyznaczało też ordynatorów oddziałów jako odpowiedzialnych za sporządzanie informacji o *Kolejkach oddziałowych*. [dowód: akta kontroli str. 532-535]

Z informacji ordynatora Oddziału Pulmonologii wynika, że *pacjenci zgłaszają się ze skierowaniami osobiście lub telefonicznie. Preferuje się kontakt osobisty. Lekarz oddziału dokonuje kwalifikacji pacjenta do kategorii medycznych: przypadek pilny i przypadek stabilny na podstawie stanu ogólnego pacjenta, rokowania, chorób współistniejących. Przypadki pilne są hospitalizowane w dniu zgłoszenia, natomiast przypadki stabilne w zależności od obłożenia i możliwości wykonania odpowiednich procedur. (...) Wprowadzanie pacjentów na listę oczekujących odbywa się każdego dnia, jednak preferuje się dni robocze i godziny 7-15. Do prowadzenia listy oczekujących wyznaczona jest sekretarka medyczna. Termin udzielania świadczenia umieszcza się pisemnie na skierowaniu. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjent zgłasza się natychmiast. W przypadku możliwości wcześniejszego udzielania świadczenia, pacjent jest powiadamiany telefonicznie. Informacje do systemu elektronicznego o oczekujących wprowadza sekretarka medyczna i pracownik kontrolingu. Dostęp do danych jest w programie Optimed. Informacja o planowanych przyjęciach do Izby Przyjęć przekazywane są telefonicznie.* [dowód: akta kontroli str. 422]

Z ustaleń kontroli wynika, że dane dotyczące list oczekujących na umieszczenie w szpitalu wprowadzane były do systemu obsługiwanego przez program Opti Med. Listy te zawierały datę skierowania pacjenta do szpitala, datę wpisania na listę oczekujących, planowany termin przyjęcia na oddział oraz dane określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a-i ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odpowiednie dane określone § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁵. Następnie pracownik Sekcji Kontrolingu pobierał te dane do bazy danych obsługiwanych przez program Opi Kom¹⁶.

Poza przesyłaniem ww. danych, Sekcja Kontrolingu otrzymywała co miesiąc wypełnione (w formie papierowej) w oddziałach *Listy oczekujących*. Listy nie były faktycznie listami oczekujących, lecz informacjami o liczbie osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień miesiąca, średnim czasie oczekiwania, łącznej liczbie skreślonych z listy oczekujących w danym miesiącu, w tym z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym i w ostatnich sześciu miesiącach do końca 2014 r. lub od 1 stycznia 2015 r. za ostatnie trzy miesiące (w ww. obowiązującym zarządzeniu Dyrektora Naczelnego, ordynatorzy byli odpowiedzialni za sporządzanie „informacji o *Kolejkach oddziałowych*”). Oddział Pulmonologii co miesiąc sporządzał *Listę kolejki oczekujących*.

Program automatycznie zestawiał ww. dane liczbowe wprowadzane w oddziałach szpitala w formie raportu statystycznego całego ZOZ pn. *Stan kolejek oczekujących na świadczenia specjalistyczne* i w przypadku nieprawidłowości, sygnalizował o tym. Wtedy pracownik sekcji uzgadniał z pracownikami oddziałów przyczyny nieprawidłowości i konieczność usunięcia błędów lub uzupełnienia danych.

Przeanalizowane szczegółowo raporty z sześciu miesięcy 2015 r. zawierają dane określone w § 8 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Dane określone w § 8 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia wysyłane były, wg informacji Kierownika Działu Kontrolingu co tydzień. Raporty statystyczne przekazywane były do NFZ, z zachowaniem terminu określonego w § 8 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia, tj. nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca.

Z przedstawionych w trakcie kontroli informacji wynika, że zespół powołany zarządzeniem nr 72/2012 r. Dyrektora Naczelnego ZOZ z dnia 16 października 2012 r. w sprawie sposobu prowadzenia, odpowiedzialności i nadzoru nad prawidłowością list oczekujących na świadczenia medyczne w ZOZ, nie dokonywał oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia i nie sporządzał raportów z tych ocen.

Przewodnicząca i zastępca zespołu nie uczestniczyli w szkoleniach na temat prowadzenia list oczekujących. W szkoleniu takim, organizowanym przez NFZ uczestniczyli natomiast informatycy i sekretarki medyczne.

[dowód: akta kontroli str. 536-564]

W okresie objętym kontrolą Oddział Pulmonologii nie uczestniczył w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych i nie otrzymał aparatury medycznej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko i Regionalnego Programu Operacyjnego. ZOZ natomiast w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych uzyskał w 2014 r. 3.389,1 tys. zł na zakup rezonansu magnetycznego.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niedokonywaniu, co najmniej raz w miesiącu, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia, pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia i zasadności oraz przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń i w związku z tym niesporządzaniu raportów z takiej oceny, co było niezgodne z art. 21 ust. 1, 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uwagi dotyczące badanej
działalności

NIK zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia zgodności obowiązujących w ZOZ uregulowań wewnętrznych i stosowanych w praktyce zasad w zakresie prowadzenia list oczekujących.

Ocena cząstkowa

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

¹⁵ Dz.U z 2013 r., poz.1447 ze zm.

¹⁶ Większość tych danych stawała się niedostępna, po wybraniu opcji: pacjent skreślony z listy oczekujących.

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 Kontroli¹⁷, wnosi o:

1. Podejmowanie działań mających na celu aktualizowanie w umowach z NFZ (aneksach) danych o zasobach ludzkich i sprzętowych, będących w dyspozycji ZOZ, służących wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Dostosowanie Oddziału Pulmonologii do wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 20112 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Dokonywanie, co najmniej raz w miesiącu, ocen list oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń oraz sporządzanie raportów z tych ocen.
4. Ujęcie w regulaminie organizacyjnym ZOZ informacji o miejscu udzielania świadczeń, wymaganej ustawą o działalności leczniczej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Kielcach.

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.

Kielce, dnia grudnia 2015 r.

Kontroler
Tadeusz Poddębniak
doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

¹⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.