



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi

LLO.410.014.01.2015
P/15/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi
ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź
T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90
llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/062 - Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Barbara Głowińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97871 z dnia 28 września 2015 r.2. Agnieszka Tomalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97899 z dnia 1 grudnia 2015 r.3. Dominik Gołacki, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97900 z dnia 1 grudnia 2015 r. <p>(dowód: akta kontroli str. 1-6)</p>
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, ul. Okólna 181, kod 91-520 Łódź (zw. dalej: Zespołem)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marta Górnicka - Wilczyńska, ordynator Oddziału Pulmonologii i Chemioterapii Nowotworów, wyznaczona przez Zarząd Województwa Łódzkiego do pełnienia obowiązków Dyrektora Zespołu (zwana dalej Dyrektorem Zespołu). W okresie od 1 stycznia 2004 r. do 11 lutego 2014 r. funkcję Dyrektora Zespołu pełnił Janusz Kaźmierczak. (dowód: akta kontroli str. 7-12)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie NIK, pacjentom przyjmowanym w Poradniach Gruzlicy i Chorób Płuc dla Dzieci i dla Dorosłych oraz w II Oddziale Chorób Płuc², zapewniono opiekę przez wyspecjalizowany personel medyczny i dostęp do badań diagnostycznych. W badanym okresie³ przyjęcia pacjentów do II Oddział Chorób Płuc odbywały się na bieżąco. W latach 2012 – 2014 do obu Poradni również nie było kolejek oczekujących. Dostępność do świadczeń pierwszorazowych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) uległa pogorszeniu w 2015 r., na skutek wydzielenia w kontrakcie podpisanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) świadczeń pierwszorazowych, porad specjalistycznych dla pacjentów będących pod opieką Poradni oraz porad udzielanych w ramach pakietu onkologicznego⁴. Zmiana ta, spowodowała konieczność wyodrębnienia listy osób oczekujących na świadczenia

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.

² Zwany dalej „Oddziałem”.

³ Dotyczy lat 2012 – 2015 (I półrocze).

⁴ Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138 ze zm.).

pierwszorazowe oraz limitowania tych przyjęć zgodnie z wartością przyznanego kontraktu.

Kontrola wykazała również, że czas pracy obu Poradni był krótszy od oferowanego na etapie kontraktowania świadczeń z zakresu AOS. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły również nierzetelnego prowadzenia i weryfikowania listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w AOS, co skutkowało przekazywaniem do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia⁵ raportów niezgodnych ze stanem faktycznym.

Za nierzetelne NIK uznała przystąpienie przez Zespół do konkursu ofert na realizację świadczeń w zakresie chemioterapii, w sytuacji posiadanej wiedzy o braku możliwości zamontowania digestorium w pomieszczeniach Oddziału. Z tego powodu, w latach 2012-2015 świadczenia te nie były realizowane, a środki pozyskane z ŁOW NFZ zostały przeznaczone m.in. na realizację świadczeń w innym Oddziale choć w tym samym zakresie oraz tzw. „nadwykonania”.

Niezgodnie ze stanem faktycznym sporządzono w 2011 r. oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Choroby płuc – hospitalizacja w dwóch oddziałach zlokalizowanych w Tuszynie (Oddział Leczenia Gruźlicy i II Oddział Chorób Płuc). W ofercie wykazano, iż Zespół zapewnia w lokalizacji realizację badań mikrobiologicznych (w tym BK), gdy tymczasem w tej lokalizacji zapewniał jedynie dostęp do tych badań. W tej samej ofercie wykazano m.in. jeden spirometr dla dwóch ww. Oddziałów, pomimo jego fizycznej likwidacji w 2008 r.

Ponadto, uwagi kontroli dotyczyły m.in.: niezgodnego ze stanem faktycznym wykazania w Portalu Potencjału sposobu dostępności sprzętu i aparatury medycznej dla Poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, trzykrotnego wzrostu kosztów tlenoterapii, wynikającego ze zlecenia tych świadczeń podwykonawcy oraz nieokreślenia w Polityce Rachunkowości obowiązującej do 31 grudnia 2015 r. zasad naliczania i dochodzenia odsetek od nieterminowej zapłaty należności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Świadczeniodawcy AOS i leczenia szpitalnego

Opis stanu
faktycznego

Zespół działał na podstawie aktualnego Statutu i Regulaminu Organizacyjnego, które określały m.in. strukturę organizacyjną Zespołu, jego cele i zadania, rodzaje działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń, organizację i zadania komórek organizacyjnych, zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, a także zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta. Regulamin spełniał wymagania określone w art. 24 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶.

Zespół posiadał aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁷.

W Zespole funkcjonowało 17 Oddziałów: Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego, Pulmonologii i Chemioterapii Nowotworu Płuc, Chorób Układu Oddechowego dla Dzieci, Internistyczno – Kardiologiczny, Chorób Wewnętrznych, Neurologii, Udarowy, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chirurgii Klatki Piersiowej, Urologii i Onkologii Urologicznej, Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Leczenia Chorób Płuc, Wojewódzkie Centrum Tlenoterapii oraz pięć Przychodni Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego.

⁵ Dalej „ŁOW NFZ”.

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

⁷ Księga Rejestrowa nr 000000005485.

Badaniami kontrolnymi objęto dwie Poradnie funkcjonujące w ramach Przychodni przyszpitalnych (zgodnie z księgą rejestrową włączone w struktury Zespołu od 1 stycznia 2004 r.), tj. Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych oraz Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci oraz II Oddział Chorób Płuc w Tuszynie.

W latach 2012 – 2015, w zakresie objętym kontrolą, Zespół objęty został 4 kontrolami i 8 wizytacjami przez ŁOW NFZ oraz jedną kontrolą konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc. W wyniku tych kontroli m.in. stwierdzono:

- udzielenie porady trzem osobom, które w tym czasie były hospitalizowane, w związku z czym ŁOW NFZ nałożył łączną karę w kwocie 1.072 zł,
- nieprawidłowości w ramach realizacji świadczeń medycznych z zakresu tlenoterapii domowej, dotyczące głównie częstotliwości wizyt lekarskich i pielęgniarskich u pacjentów oraz braku aktualnych przeglądów okresowych części koncentratorów tlenu – nałożono na Zespół karę finansową w kwocie 16.073,60 zł,
- konsultant wojewódzki wskazał m.in. zaniepokojenie faktem likwidacji odrębnego Oddziału Leczenia Gruźlicy i włączenia go do Oddziału Chorób Płuc o stu kilkudziesięciu łózkach oraz likwidacji odrębnej Izby Przyjęć dla chorych na gruźlicę. W jego ocenie może to skutkować wystąpieniem zdarzeń niepożądanych, a możliwych do zaistnienia w tak dużym Oddziale, łączącym leczenie gruźlicy prątkującej i innych schorzeń układu oddechowego.

(dowód: akta kontroli str. 13-33)

2. Realizacja przez Poradnię Gruźlicy Chorób Płuc dla Dorosłych i Poradnię Gruźlicy Chorób Płuc dla Dzieci świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc na podstawie umów zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

Na dzień złożenia ofert oraz w trakcie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS⁸ - w zakresie gruźlicy i chorób płuc, jak również na dzień przeprowadzania kontroli, w Poradniach Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci i dla Dorosłych, były spełnione wymagania określone w poz. 26 i 27 załącznika nr 1 do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: z dnia 27 maja 2011 r.⁹ oraz z dnia 6 listopada 2013 r.¹⁰, odnośnie: personelu, sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępu do badań.

W ofertach Zespół wykazał, iż spełnia wymagania dodatkowo oceniane, określone w pkt 26 i 27 załącznika nr 3a do zarządzenia nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie personelu, dostępu do badań i posiadania gabinetów diagnostyczno-zabiegowych. W trakcie realizacji umów zapewniono spełnienie tych warunków.

(dowód: akta kontroli str. 34-76, 330-740, 1094-1099)

W Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych w latach 2012 - 2015 zatrudnionych było odpowiednio: siedmiu, sześciu, trzech i trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie gruźlicy i chorób płuc oraz pięciu lekarzy w ramach umów kontraktowych. Według stanu na 30 czerwca 2015 r.: w wieku 45-54 lat zatrudnionych było dwóch lekarzy, w wieku pomiędzy 55-64 – pięciu lekarzy oraz jeden w wieku powyżej 64 lat.

W Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci zatrudnionych było odpowiednio:

⁸ W okresie obowiązywania umowy analizie poddano miesiąc styczeń 2012, 2013, 2014 i 2015 r.

⁹ Dz. U. z 2011 r. nr 111, poz. 653 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.

trzech, sześciu, sześciu i pięciu lekarzy specjalistów chorób płuc oraz trzech lekarzy w ramach umów kontraktowych (specjalistów alergologii). Struktura wiekowa lekarzy udzielających świadczeń w 2015 r. kształtowała się następująco: po dwóch lekarzy w wieku 45-54 lata i 55-64 lat oraz jeden lekarz w wieku powyżej 64 lat.

W strukturze Zespołu brak było poradni onkologicznej (z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc).

W latach 2012-2015 (I półrocze) Zespół udzielał świadczeń zdrowotnych na podstawie dwóch umów zawartych z ŁOW NFZ¹¹.

(dowód: akta kontroli str. 34-76)

W Poradniach Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych, w badanym okresie, leczono¹² 63.510 pacjentów (z gruźlicą płuc – 15 dzieci, 472 kobiety i 810 mężczyzn, z POChP¹³ – 12 dzieci, 3.303 kobiety i 5.332 mężczyzn, z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc – 301 kobiet i 691 mężczyzn), w tym:

- 16.212 pacjentów w 2012 r., z czego gruźlicą płuc 401, z POChP 2.722 i 331 z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc,
- 16.380 pacjentów w 2013 r., z czego odpowiednio: 422, 2.428 i 255,
- 16.228 pacjentów w 2014 r., z czego 383, 2.251 i 230,
- 14.681 pacjentów w 2015 (stan na 30 czerwca), z czego 106 z gruźlicą płuc, 1.384 z POChP i 172 z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc.

(dowód: akta kontroli str. 77-79)

Stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁴, dane dotyczące metody wykrycia chorego na gruźlicę Zespół wykazywał na formularzach ZLK – 2.

W badanym okresie łącznie wykryto 1.617 przypadków zachorowań na gruźlicę, w tym: w 2012 r. – 560, w 2013 r. – 498, w 2014 r. – 420 i do 25 marca 2015 r. – 139.

Kierownik Działu Statystyki Medycznej podała, iż Zespół nie prowadzi rejestru zgłoszeń zachorowania na gruźlicę, ponieważ nie ma takiego obowiązku. Otrzymywane od lekarzy w formie papierowej zgłoszenia przekazywane są do Sanepidu, a Zespół sporządza jedynie listę zgłoszeń konieczną do weryfikacji podstawowych danych. Nie ewidencjonuje w niej metod wykrycia gruźlicy.

Po zakończeniu roku kalendarzowego Zespół przekazuje do Ministerstwa Zdrowia zbiorcze sprawozdanie na druku MZ-13, dotyczące działalności wszystkich poradni gruźlicy i chorób płuc.

(dowód: akta kontroli str. 80-89)

W Poradniach Gruźlicy i Chorób Płuc łącznie udzielono 118.777 porad, w tym 70.307 w Poradni dla Dorosłych i 48.470 w Poradni dla Dzieci. W ramach porad wykonano 280.578 badań diagnostycznych, w tym 119.521 dorosłym i 161.057 dzieciom.

¹¹ Umowa nr 051/110108/02/010/12 z dnia 23 stycznia 2012 r. i nr 051/110108/02/010/12/1 z dnia 7 marca 2012 r.

¹² Dane z systemu informatycznego InfoMedica.

¹³ POChP – przewlekła obturacyjna choroba układu oddechowego i inne obturacyjne choroby układu oddechowego (kod Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 od J44 do J44.9).

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 848.

W Poradni dla Dorosłych wykonano: 30.283 badań spirometrycznych, 8.881 badań spirometrycznych z próbą rozkurczową i 493 próby tuberkulinowe, w Poradni dla Dzieci odpowiednio: 8.238 i 757 badań oraz 1.078 prób.

(dowód: akta kontroli str. 90)

Zespół zlecał podmiotom zewnętrznym wykonywanie: tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz badania w zakresie - diagnostyki laboratoryjnej i badań histopatologicznych, immunohistochemicznych, cytologicznych, biopsji aspiracyjnych cienkoigłowych i biopsji aspiracyjnych cienkoigłowych pod aparatem RTG i USG, TK wraz z oceną badanych wycinków¹⁵.

Badania wykonywane były przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu. Badania „cito” w czasie do 1 godziny od przekazania materiału do badań.

Laboratorium medyczne „dr n. med. Teresa Fryda Laboratorium Medyczne Sp. z o.o.” posiadało wymagane certyfikaty, a jego pomieszczenia odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne¹⁶. Aparatura pomiarowo-badawcza oraz sprzęt, stanowiące wyposażenie laboratorium, objęte były wymaganą dokumentacją. Kierownik laboratorium posiadał tytuł specjalisty (nr PWZ 2597). Osoby zatrudnione w laboratorium to diagnostyci laboratoryjni i starsi technicy analityki medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 91-107)

W badanym okresie Zespół zlecił podwykonawcom wykonanie 428.772 badań diagnostycznych i laboratoryjnych, w tym: 82.650 badań obrazowych (CT, RTG, USG). Nie zlecano wykonania rezonansu magnetycznego, w tym MR klatki piersiowej z kontrastem i bez kontrastu.

(dowód: akta kontroli str. 108-114)

Wartość zakontraktowanych i wykonanych w analizowanym okresie przez badane poradnie świadczeń w leczeniu gruźlicy i chorób płuc w ramach umów podpisanych z ŁOW NFZ wyniosła po zmianach 6.730,8 tys. zł, wykonanie - 6.908 tys. zł, tj. 102,6%, w tym odpowiednio:

- w 2012 r. - 1.524,7 tys. zł (przy kontrakcie 1.526 tys. zł),
- w 2013 r. - 1.990,1 tys. zł (przy kontrakcie 1.993,8 tys. zł),
- w 2014 r. - 2.164,7 tys. zł (przy kontrakcie 2.166,8 tys. zł),
- w I półroczu 2015 r. - 1.228,5 tys. zł (przy kontrakcie 1.044 tys. zł).

Od 1 stycznia 2015 r. Zespół miał zakontraktowane w zakresie pakietu onkologicznego 33,5 tys. zł, na dzień 30 czerwca 2015 r. wykonanie wyniosło 29,3 tys. zł.

Stosownie do postanowień § 20 – 22 ogólnych warunków umów¹⁷, w trakcie ich obowiązywania Zespół występował z wnioskami do ŁOW NFZ o przesunięcie środków finansowych z niewykonanych na nadwykonania dla AOS. Wszystkie wystąpienia o przesunięcie środków skutkowały podpisaniem aneksów na kwoty jakie proponował Zespół.

(dowód: akta kontroli str. 115-129)

Analiza faktur oraz zapisów na kontach: 200 – rozrachunki z odbiorcami krajowymi i 701 – sprzedaż usług działalności podstawowej wykazała, że za świadczenia

¹⁵ Laboratorium medyczne współpracuje z Zespołem w zakresie badań diagnostycznych w kierunku prątką gruźlicy od 1 kwietnia 2008 r.

¹⁶ Dz. U. z 2004 r. nr 43, poz. 408 ze zm.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).

zdrowotne wykonane w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2015 r. przez dwie kontrolowane komórki organizacyjne¹⁸, Zespół wystawił ŁOW NFZ faktury na łączną kwotę 1.064,1 tys. zł. Wszystkie należności zapłacone zostały przez ŁOW NFZ terminowo.

(dowód: akta kontroli str. 130-187)

Świadczeniodawca nie prowadził prac nad wyceną świadczeń z zakresu AOS i hospitalizacji z zakresu gruźlicy i chorób płuc. Dział Księgowości przygotowywał do celów kontrolingu wyceny średnich kosztów porad. Średni koszt udzielenia porady wyniósł odpowiednio w latach 2012 – 2015:

- w poradni dla dorosłych: 75,13 zł, 77,09 zł, 79,10 zł i 116,74 zł,

- w poradni dla dzieci: 87,04 zł, 91,51 zł, 88,38 zł i 89,94 zł.

(dowód: akta kontroli str. 190-196, 296-305)

Średnie koszty leczenia pacjenta w Poradniach Gruźlicy i Chorób Płuc nie były przygotowywane.

W strukturze organizacyjnej Zespołu nie ma Poradni Onkologicznej i Poradni Antynikotynowej oraz nie leczono cudzoziemców.

(dowód: akta kontroli str. 296-299)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2012-2015 Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych świadczyła usługi zdrowotne w liczbie 40 godzin i 20 minut tygodniowo, natomiast Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci - 42 godziny i 45 minut, pomimo że zgodnie z częścią VIII pkt 1.2.1.1. ofert złożonych na świadczenia udzielane w AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc w 2011 r. i w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci w 2012 r. Poradnie miały pracować powyżej 48 godzin.

Powyższe wskazuje, że Zespół nie realizował świadczeń w tych Poradniach w liczbie godzin, do których zobowiązał się ofertą.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że harmonogram do ofert kopiowany był z aktualnego stanu rzeczy bez możliwości naniesienia poprawek. Liczba specjalistów udzielających świadczeń zgodna była z ofertą, a NFZ nie zakwestionował sposobu realizacji świadczeń. Poradnie działały zgodnie z warunkami § 11 pkt 5 zarządzenia nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

Wyżej wspomniane oferty oraz umowy zostały podpisane ze strony Zespołu przez ówczesnego Dyrektora Zespołu.

NIK nie kwestionuje zgodności działania Poradni z postanowieniami ww. § 11 pkt 5 zarządzenia Prezesa NFZ, natomiast wskazuje na niewywiązanie się z zobowiązań określonych w ofercie złożonej w postępowaniu konkursowym.

(dowód: akta kontroli str. 330-342, 443-456, 681-684, 1133-1136)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W aneksie do umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS z dnia 6 stycznia 2015 r., w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci:

a) wykazano, że 3 bronchofibroskopy i USG znajdują się poza lokalizacją, pomimo iż faktycznie, na dzień przeprowadzania oględzin, znajdowały się w lokalizacji, tj. w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci,

b) nie wykazano RTG, pomimo że znajdował się on w lokalizacji ww. Poradni, natomiast zgodnie z pkt 27 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, świadczeniodawca realizując

¹⁸ Odpowiednio: Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych – 509.095,14 zł oraz 554.968,78 zł - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci.

świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc dla dzieci winien zapewnić dostęp do badań RTG.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że nie jest w stanie wytłumaczyć, dlaczego wg ww. aneksu NFZ sprzęty uzyskały status „poza lokalizacją”, natomiast odnośnie RTG stwierdziła, że w Systemie Obsługi Potencjału dla Poradni udostępniono dwa aparaty RTG z Pracowni znajdującej się w tej samej lokalizacji. Dyrektor zwróciła uwagę, że NFZ nie kwestionował warunków realizacji świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 419-433, 661, 1133-1136)

2. Ponadto, NIK zwraca uwagę, że obowiązująca w Zespole Polityka rachunkowości¹⁹ nie określała zasad naliczania i dochodzenia przez Zespół odsetek od nieterminowej zapłaty należności.

Stosownie do treści § 13 ww. polityki rachunkowości, należności i roszczenia ujmowane są w ciągu roku obrotowego w księgach w wartości nominalnej, ustalonej w chwili powstania operacji gospodarczej, zaś na dzień bilansowy wyceniane są w kwocie wymagającej zapłaty, z zachowaniem zasady ostrożności.

Zasady dochodzenia odsetek od poszczególnych rodzajów należności określone były decyzją Dyrektora Zespołu na koniec roku bilansowego.

(dowód: akta kontroli str. 173-179)

Zarządzeniem nr 152/2015 Dyrektora Zespołu z dnia 9 grudnia 2015 r. dokonano zmiany Polityki rachunkowości w tym zakresie, wprowadzając od 1 stycznia 2015 r. zasady naliczania odsetek od ustawowych należności na koniec roku budżetowego.

(dowód: akta kontroli str. 180-189)

W ocenie NIK przyjętą w Zespole praktykę wystawiania na koniec roku not odsetkowych do spłaconych zaległości, nie można uznać za prawidłową. Takie działanie powoduje, że noty wystawiane są w niektórych przypadkach z niemal rocznym opóźnieniem. Zdaniem NIK jest to sprzeczne z interesem Zespołu, zgodnie z którym pozostaje jak najszybsze poinformowanie dłużnika o należnych do uregulowania odsetkach za zwłokę w zapłacie należności.

Ocena cząstkowa

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

3. Działania podjęte na rzecz zapewnienia dostępności profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego u dorosłych

3.1. Przyjęcia pacjentów dorosłych do Poradni Gruźlicy Chorób Płuc dla Dzieci oraz Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych, według stanu na koniec 2012, 2013 i 2014 r. odbywały się na bieżąco (brak kolejek). Kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń powstały w 2015 r. Według raportów przekazanych przez Zespół do NFZ liczyły one w poszczególnych miesiącach I półrocza 2015 r.:

- od 106 do 299 osób w przypadku Poradni dla Dorosłych; dotyczyły głównie przypadków stabilnych (w tym od 0 do 5 pacjentów określonych jako przypadek pilny), ze średnim czasem oczekiwania do 4 dni w odniesieniu do przypadków pilnych oraz do 36 dni w odniesieniu do przypadków stabilnych;
- od 105 do 336 osób w przypadku Poradni dla Dzieci; dotyczyły głównie przypadków stabilnych (w tym od 0 do 11 pacjentów określonych jako przypadek

¹⁹ Wprowadzona zarządzeniem nr 254/2014 Dyrektora Zespołu z dnia 31 grudnia 2014 r.

pilny), ze średnim czasem oczekiwania do 14 dni w odniesieniu do przypadków pilnych oraz do 48 dni w odniesieniu do przypadków stabilnych.

(dowód: akta kontroli str. 197-213, 238-240)

Kierownik obu badanych Poradni wyjaśnił, że powstała w pierwszej połowie 2015 r. kolejka oczekujących na świadczenia medyczne w Poradniach wynikała ze zmiany sposobu kontraktowania przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, na skutek wejścia w życie Zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. Z początkiem roku 2015, kontrakt zawarty z NFZ w tym zakresie został podzielony na świadczenia pierwszorazowe, porady specjalistyczne dla pacjentów będących pod opieką poradni oraz porady udzielane w ramach pakietu onkologicznego. Zmiana ta spowodowała konieczność wyodrębnienia listy osób oczekujących na świadczenia pierwszorazowe oraz limitowania tych przyjęć zgodnie z wartością przyznanego kontraktu w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 217-220)

Zgodnie w wykazem osobowym, na 30 czerwca 2015 r. kolejka oczekujących do Poradni dla Dzieci liczyła 219 osób, natomiast dla Dorosłych - 224 osoby. Pacjenci zostali wpisani na listę w okresie odpowiednio: od 3 lutego (Poradnia dla Dorosłych) i od 25 lutego (Poradnia dla Dzieci) 2015 r. do 30 czerwca 2015 r. Spośród 443 zarejestrowanych w kolejce pacjentów:

- 339 osobom²⁰ udzielono świadczenia w okresie do 26 października 2015 r.; średni termin na udzielenie świadczenia wynosił od 5 do 167 dni w przypadkach oznaczonych jako „stabilne” od daty zgłoszenia (średnio 62 dni w Poradni dla Dzieci i 68 dni w Poradni dla Dorosłych), a w przypadkach pilnych od 8 do 76 dni (średnio 31 dni w przypadku sześciorga dzieci i 58 dni w przypadku osoby dorosłej),
- 96 osób²¹ skreślono z listy oczekujących, głównie z powodu: niezgłoszenia się na ustalone terminy udzielenia świadczeń lub niedostarczenia oryginałów skierowań w ciągu 14 dni od dnia wpisu na listę (84 osoby) lub rezygnacji (5 osób),
- skreśleń z kolejki oczekujących dokonywano:
 - o w Poradni dla Dzieci - pacjentów którzy zrezygnowali, nie dostarczyli skierowania lub przeniesionych na inną listę, wykreślano z kolejki z datą rezygnacji lub najpóźniej z datą wizyty, natomiast spośród 39 pacjentów, którzy nie zgłosili się na wizytę: 33 osoby wykreślono w terminie do 29 dni od wyznaczonej daty wizyty²², natomiast sześć wykreślono z kolejki w dniu 30 września 2015 r.,
 - o w Poradni dla Dorosłych - w przypadku pacjentów, którzy nie zgłosili się na wizytę - w dniu 30 września 2015 r.; spośród pacjentów, którzy zrezygnowali, trzech wykreślono z datą rezygnacji, a jednego w dniu 30 września 2015 r., natomiast dwóch pacjentów wpisanych na listę omyłkowo – przed datą planowanej wizyty.
- ośmiu pacjentów²³ do dnia kontroli nie zostało skreślonych z listy oczekujących (mieli status „aktywny”).

(dowód: akta kontroli str. 199-203, 208-212, 238-240)

²⁰ Z czego 168 ujętym w kolejce oczekujących do Poradni dla Dzieci i 171 – dla Dorosłych.

²¹ Z czego 47 ujętym w kolejce oczekujących do Poradni dla Dzieci i 49 – dla Dorosłych.

²² Z czego 28 pacjentów wykreślono z kolejki przed końcem miesiąca, w którym zaplanowana została wizyta, a 5, w których termin wizyty zaplanowano na ostatnie dni miesiąca, wykreślono z kolejki przed końcem kolejnego miesiąca.

²³ Po 4 z każdej z Poradni.

3.2. Zadania dotyczące prowadzenia list oczekujących w przypadku obu kontrolowanych Poradni przypisane zostały do obowiązków pracowników rejestracji (pielęgniarek i rejestratorek). Obejmowały m.in. rejestrowanie nowych chorych w książce nowozarejestrowanych, prowadzenie księgi przyjęć Przychodni, uzgadnianie terminów nowych przyjęć pacjentów oraz odbieranie telefonów do Przychodni – udzielanie informacji, wyciąganie kart, umawianie wizyt.

(dowód: akta kontroli str.180-185, 221-237)

3.3. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń w badanych Poradniach prowadzone były od początku 2015 r. w systemie informatycznym InfoMedica, odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej Zespołu, a pacjenci rejestrowani byli na listy w dni robocze²⁴, na bieżąco, tj. w dniu ustalenia terminu przyjęcia. W systemie ewidencjonowano wszystkie informacje wymagane przepisami art. 20 ust. 2 pkt 3 i pkt 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych²⁵ oraz w § 8 ust. 1 pkt 1-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.²⁶. Wizyty rejestrowane były po telefonicznym lub osobistym zgłoszeniu się pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 218-220)

O zmianach terminu udzielenia świadczenia, zgodnie z art. 20 ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, Zespół telefonicznie informował pacjenta, odnotowując termin na skierowaniu.

(dowód: akta kontroli str. 180-185)

3.4. Kontrolą w zakresie prawidłowości danych wykazanych w rejestrze kolejki oczekujących w obu Poradniach na dzień 30 czerwca 2015 r., objęto zaewidencjonowanych w nich 45 pacjentów²⁷, w tym po 15 przypadków zrealizowania porad o najdłuższym okresie oczekiwania, przekraczającym 90 dni, wszystkie oznaczone jako „pilne” (7 osób) oraz wszystkich pacjentów o statusie „aktywny” (8 osób). Kontrola wykazała, że:

- w przypadku pacjentów o statusie „aktywny” - w jednym przypadku²⁸, wizyta zaplanowana (po zmianach) na 1 grudnia 2015 r. została zrealizowana i w tym samym dniu pacjent został prawidłowo wykreślony z kolejki oczekujących, natomiast w siedmiu przypadkach pomimo braku realizacji do dnia kontroli wizyt (po zmianach) wyznaczonych w okresie od 8 października do 30 listopada 2015 r., skreślenia dokonano w dniu 15 grudnia 2015 r.,
- sześć osób²⁹ prosiło o ustalenie daty wizyty w terminie od 8 do 167 dni od daty rejestracji³⁰,
- w 29 przypadkach³¹ dokonano zmiany terminu wizyty (od 1 do 5 razy), głównie na życzenie pacjenta (24 przypadki), chorobę lub pobyt w szpitalu oraz sprawy osobiste,

²⁴ Codziennie w dni robocze, w godzinach jej pracy, tj. w przypadku Przychodni dla Dzieci w dniach wtorki, środy i piątki w godzinach 8-15:35, a w poniedziałki i czwartki w godzinach 8-18, natomiast w przypadku Przychodni dla Dorosłych w dniach od poniedziałku do czwartku w godzinach 8-15:35 oraz w piątki w godzinach 8-18.

²⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.).

²⁶ Rozporządzenie 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 publicznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.).

²⁷ Z czego 25 pacjentów zarejestrowanych na liście oczekujących do Poradni dla Dzieci oraz 20 pacjentów ujętych na liście oczekujących do Poradni dla Dorosłych.

²⁸ Poz. 176 na liście oczekujących do Poradni dla Dorosłych.

²⁹ Poradnia dla Dzieci.

³⁰ W tym cztery przypadki pilne termin od 8 do 22 dni i dwa stabilne – termin 125 i 167 dni.

- w dwóch przypadkach³², zgodnie z adnotacją na skierowaniu pacjenci zostali zarejestrowani w trybie pilnym, następnie dokonali zmiany terminu wizyty (przełożenie o niemal dwa miesiące) – łączny czas oczekiwania na wizytę wyniósł odpowiednio 50 i 76 dni,
- w przypadku jednego z pacjentów³³, pacjent zarejestrował się w poradni 13 maja 2015 r. (wg skierowania i systemu przypadek stabilny) i za zgodą lekarza termin wizyty wyznaczono na 14 maja 2015 r. Na życzenie pacjenta data wizyty została zmieniona na 10 lipca 2015 r. oraz jednocześnie pomyłkowo zmieniono kwalifikację przypadku na pilny. Pomimo przełożenia terminu wizyty (o niemal dwa miesiące), nie zmieniono w systemie trybu przyjęcia na stabilny – łączny czas oczekiwania na wizytę wyniósł 58 dni,
- w przypadku kolejnego z pacjentów³⁴, wskutek telefonicznego zgłoszenia pacjenta w dniu 5 maja 2015 r., termin pierwotnie wyznaczony na 8 września 2015 r., po dostarczeniu skierowania na którym odnotowano konieczność przyjęcia pacjenta w trybie pilnym, wizyta odbyła się w dniu 23 czerwca 2015 r. (tj. po 49 dniach), natomiast z kolejki oczekujących pacjent został usunięty dopiero w dniu pierwotnie zaplanowanej wizyty. Wykazany w ten sposób czas łączny oczekiwania wyniósł 126 dni.

Powyższe tłumaczono błędnym funkcjonowaniem użytkowanego programu komputerowego.

(dowód: akta kontroli str. 238-240)

3.5. Komisja ds. Oceny Kolejek Oczekujących (zw. dalej: Komisją) powołana została - na podstawie art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych - przez Dyrektora Zespołu w grudniu 2014 r. Do jej zadań należał m.in. nadzór nad poprawnością prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia.

W 2015 r. Komisja przeprowadzała miesięczne oceny list oczekujących. W czterech raportach³⁵, spośród sporządzonych za okres od stycznia do listopada 2015 r., Komisja stwierdziła pojedyncze (od 1 do 3) przypadki zdublowania pacjentów pomiędzy Poradniami dla Dzieci i Dorosłych oraz zobowiązała Poradnie do usunięcia błędów. W przypadku pozostałych raportów nie wniosła uwag do prawidłowości prowadzenia dokumentacji list oczekujących na udzielenie porad w badanych poradniach.

(dowód: akta kontroli str. 269, 273-284)

3.6. Dane statystyczne³⁶ dotyczące liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w poradniach przekazywane były do NFZ z zachowaniem terminu określonego w § 8 ust. 4 rozporządzenia z 20 czerwca 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 254-255)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W przypadku siedmiu pacjentów wykazywanych w rejestrze jako oczekujących na wizytę (o statusie „aktywny”), pomimo braku realizacji do dnia kontroli wizyt (po zmianach) wyznaczonych w okresie od 8 października do 30 listopada

³¹ Z czego 15 ujętych w kolejce oczekujących do przychodni dla dzieci i 14 – dla dorosłych.

³² Nr karty 889/15 i 1068/15, Poradnia dla Dzieci.

³³ Nr karty 2187/15 - Poradnia dla Dorosłych.

³⁴ Nr karty 2045/15 - Poradnia dla Dorosłych.

³⁵ Za luty, marzec, maj i sierpień 2015 r.

³⁶ Obejmujące m.in. dane w zakresie liczby oczekujących, średniego czasu oczekiwania, liczby osób skreślonych z listy.

2015 r., skreślenia z kolejki oczekujących dokonano dopiero w dniu 15 grudnia 2015 r., co tłumaczono niedopatrzeniem.

Skreśleń z kolejki oczekujących dokonywano z opóźnieniem, i tak:

- a. sześciu pacjentów Poradni dla Dzieci, którzy mieli zaplanowane wizyty na okres od 3 lipca do 31 sierpnia 2015 r. wykreślono z kolejki w dniu 30 września 2015 r. (tj. po upływie od 29 do 89 dni od wyznaczonej daty wizyty),
- b. pięciu pacjentów Poradni dla Dzieci, którzy nie stawili się na wizyty zaplanowane na ostatnie dni miesiąca w czerwcu, lipcu i sierpniu 2015 r., wykreślono po upływie od 21 do 29 dni, tj. w kolejnym miesiącu,
- c. w Poradni dla Dorosłych - w przypadku 35 pacjentów, którzy nie zgłosili się na wizyty zaplanowane w okresie od 30 czerwca do 31 sierpnia 2015 r. wykreślono z kolejki w dniu 30 września 2015 r. (tj. po upływie od 29 do 92 dni od wyznaczonej daty wizyty).

(dowód: akta kontroli str. 238-253)

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że opóźnienia w dezaktywacji pacjentów w ww. kolejkach wynikały z nieuwagi personelu, a niedociągnięcia zostały naprawione. Dyrektor wskazała też, że personel pracujący w rejestracji został przeszkolony w tym zakresie i zobowiązany do bieżącej aktualizacji danych w systemie.

(dowód: akta kontroli str. 256-257)

NIK wskazuje, że weryfikacja kolejek oczekujących prowadzona przez pracowników badanych Poradni oraz pracowników Działu Statystyki Medycznej i Komisję okazała się mało skuteczna.

Wykazane w toku kontroli błędy skutkowały przekazaniem do ŁOW NFZ raportów niezgodnych ze stanem faktycznym w zakresie liczby oczekujących na wykonanie świadczeń w Poradniach.

2. Miesięczne oceny list oczekujących prowadzone za okres od stycznia do listopada 2015 r., przez Komisję nie wykazały ww. nieprawidłowości wpływających na rzetelność danych przesyłanych do ŁOW NFZ.

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora z 19 grudnia 2014 r. do zadań Komisji należało przeprowadzanie okresowej (co najmniej raz w miesiącu) oceny list oczekujących na udzielenia świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów świadczeń. Zadania te wynikały również z art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Dyrektor Zespołu i Przewodniczący Komisji wyjaśnili, że bieżąca ocena i weryfikacja kolejek oczekujących pod względem prawidłowości zapisów wykonywana jest – m.in. z uwagi na rozległość terytorialną Zespołu - w każdej komórce organizacyjnej prowadzącej kolejki. Dodatkowo Przewodniczący Komisji wyjaśnił, że Komisja przeprowadza weryfikację poprawności plików, jakie raz w miesiącu przesyłane są do NFZ. Podał też, że system informatyczny wykreśla automatycznie tylko chorych, którym zrealizowano wizytę. Dezaktywacja chorych niezgłaszających się musi nastąpić poprzez ręczne wykreślenie. Ponadto, Przewodniczący Komisji podał, że cyt. „(...) *Wobec uwag, jakie Państwo skierowali do mnie, jako przewodniczącego Komisji od dnia dzisiejszego przeorganizujemy pracę komisji w sposób, który pozwoli zwiększyć nadzór nad poszczególnymi kolejkami oczekujących. Będziemy weryfikować 1 raz w miesiącu nie tylko poprawność wysyłanych plików do NFZ, ale też również każdorazowo całą kolejkę z poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu. Wszystkie uwagi będą zgłaszane na piśmie do komórki organizacyjnej*”.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 258-260, 269, 273-284)

Powyższe ustalenia, w powiązaniu z treścią przedłożonych wyjaśnień, w ocenie NIK, świadczą o niewywiązywaniu się Komisji z powierzonych obowiązków.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że lista pacjentów oczekujących wg stanu na dzień 30 czerwca 2015 r. nie zawierała daty jej okresowej oceny, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, co było wymagane § 8 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r.

Jak wyjaśniła Dyrektor Zespołu, wynikało to z braku w systemie informatycznym InfoMedica odpowiedniego pola do wprowadzenia daty oceny listy.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 218-220)

Ponadto, do końca 2014 r. ewidencja pacjentów pierwszorazowych (lista oczekujących) dwóch Poradni dla Dzieci i dla Dorosłych prowadzona była w sposób niezgodny z dyspozycją § 8 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. W latach 2012-2014 pacjenci pierwszorazowi obu Poradni sporadycznie rejestrowani byli tylko z imienia i nazwiska (odręcznie) w bieżących na dany rok terminarzach.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że w ww. okresie pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, a sporadyczny zapis pacjenta w terminarzu wynikał jedynie z jego prośby w zakresie daty wizyty, a wizyta odbywała się najpóźniej w ciągu tygodnia.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 218-220)

Ocena cząstkowa

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

4. Realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne na podstawie umów zawartych z NFZ

4.1. Realizacja świadczeń w zakresie gruźlicy płuc na podstawie umów zawartych z NFZ

Opis stanu
faktycznego

II Oddział Chorób Płuc w Tuszynie (zw. dalej: Oddziałem) istniejący na dzień przeprowadzenia kontroli, został utworzony w wyniku połączenia II Oddziału Chorób Płuc z Oddziałem Leczenia Gruźlicy.

W grudniu³⁷ 2012 r. Dyrektor Zespołu zwrócił się do Wojewody Łódzkiego z wnioskiem o zmianę wpisu w zakresie zakończenia działalności Oddziału Leczenia Gruźlicy (z zamiarem połączenia ww. Oddziałów). Wpis w rejestrze został dokonany 25 lutego 2013 r.

Na dzień złożenia oferty oraz w trakcie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne³⁸ - w zakresie choroby płuc – hospitalizacja – jak również na dzień przeprowadzania kontroli, Oddział Leczenia Gruźlicy i II Oddziale Chorób Płuc, spełniał wymagania określone w części I, w poz. 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁹ oraz w części I, w poz. 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴⁰ (zwanymi dalej rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego), odnośnie: personelu, organizacji udzielania świadczeń i zapewnienia realizacji badań.

³⁷ 21 grudnia.

³⁸ W okresie obowiązywania umowy analizie poddano miesiąc styczeń 2012, 2013, 2014 i 2015 r.

³⁹ Dz. U. z 2009 r. nr 140, poz. 1143 ze zm.

⁴⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

W ofercie Zespół wykazał, iż spełnia wymagania dodatkowo oceniane, określone w pkt 13.3.1 załącznika nr 3 do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, tj.: realizacja badań mikrobiologicznych (w tym BK) w lokalizacji.

Zespół, na dzień złożenia oferty oraz w trakcie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, realizowanej m.in. w II Oddziale Chorób Płuc, spełniał wymagania dotyczące personelu określone w ww. rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 741-1132)

W Oddziale zatrudnionych było trzynastu lekarzy, w tym: jedenastu specjalistów w dziedzinie chorób płuc, jeden ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc i jeden w dziedzinie chorób wewnętrznych. Według stanu na 30 czerwca 2015 r. dwóch lekarzy było w wieku poniżej 44 roku życia, dwóch w wieku 45-54 lat, siedmiu w wieku 55-64 lata oraz dwóch lekarzy w wieku powyżej 64 lat. Wszyscy lekarze byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

(dowód: akta kontroli str. 311-314)

W badanym okresie w Oddziale hospitalizowano 1.640 pacjentów z gruźlicą płuc (od 553 w 2012 r. do 455 w 2014 r. i 177 w I półroczu 2015 r.). Średni czas pobytu tych pacjentów wynosił w badanym okresie 31,78 dnia. Spośród hospitalizowanych pacjentów, kobiety stanowiły od 25,7% do 32,3% w latach 2012-2014 oraz 31,3% w I półroczu 2015 r. Dominującą grupę stanowili pacjenci w wieku powyżej 50 lat, tj.: 74% w 2012 r. do 59,1% w 2014 r. W badanym okresie udział pacjentów w wieku do 49 roku życia systematycznie wzrastał i stanowił od 26% w 2012 r. (72 osoby) do 40,9% w 2014 r. (116 osób), a w I półroczu 2015 r. - 37,3% (24 osoby).

Badaniami diagnostycznymi objęto 9.286 pacjentów, w tym m.in. wykonano 4.427 spirometrii, 1.622 spirometrii z próbą rozkurczową i 558 prób tuberkulinowych.

(dowód: akta kontroli str. 315-317)

Zespół zlecał podwykonawcom badania diagnostyczne (opisano w pkt 1.5 niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

(dowód: akta kontroli str. 91-104)

W badanym okresie 25 pacjentów z gruźlicą przerwało hospitalizację. Byli to chorzy, którzy zostali wypisani na własną prośbę, po wielotygodniowym leczeniu, głównie z grupy A16, tj. niepotwierdzonej bakteriologicznie i przy wypisaniu z Oddziału byli kierowani do poradni chorób płuc w miejscu swojego zamieszkania.

O fakcie powiadamiano Stację Sanitarno Epidemiologiczną. Zespół nie prowadził zbiorczych statystyk zgłaszania tego typu przypadków.

Nie wystąpiły przypadki samowolnego opuszczenia Oddziału przez pacjentów z gruźlicą.

(dowód: akta kontroli str. 80-89, 318)

Łączne koszty leczenia chorych na gruźlicę wyniosły w badanym okresie 5.840,4 tys. zł, w tym: nowe zachorowania – 5.155,8 tys. zł i po przerwaniu leczenia tzw. wznowy – 118,3 tys. zł. W poszczególnych latach koszty leczenia chorych na gruźlicę wyniosły odpowiednio: w 2012 r. - 1.832,7 tys. zł (w tym nowe zachorowania – 1.713,6 tys. zł i wznowy – 44,9 tys. zł), w 2013 r. - 1.871 tys. zł (w tym odpowiednio – 1.571,5 tys. zł i 23 tys. zł), w 2014 r. 1.463 tys. zł (1.295 tys. zł i 42 tys. zł) i do 30 czerwca 2015 r. – 673,5 tys. zł (w tym nowe zachorowania – 575,5 tys. zł i wznowy – 8,4 tys. zł).

Średni koszt leczenia jednego pacjenta z rozpoznaniem gruźlicy płuc w podziale na nowe zachorowania i tzw. wznowy wyniósł w latach 2012 – 2015 (do 30 czerwca) odpowiednio: 3.427 zł i 3.454 zł, 4.136 zł i 4.596 zł, 3.500 zł i 3.820 zł oraz 3.837 zł i 4.184 zł. Średni okres leczenia przeciwprątkowego pacjentów, u których po raz pierwszy rozpoznano gruźlicę płuc oraz średni okres leczenia przeciwprątkowego pacjenta po przerwaniu leczenia tzw. wznowy wynosił 40 dni (odpowiednio: w latach 2012 – 2013 – 56 dni oraz w latach 2014 – I półrocze 2015 – 24 dni).

(dowód: akta kontroli str. 318-319)

Wartość zakontraktowanych i wykonanych w analizowanym okresie przez Oddział w ramach umów podpisanych z NFZ wyniosła po zmianach 36.237,2 tys. zł, wykonanie 36.214 tys. zł, tj. 99,9%, w tym odpowiednio:

- w 2012 r. – 11.825,5 tys. zł (przy kontrakcie 11.642,7 tys. zł),
- w 2013 r. - 10.669 tys. zł (przy kontrakcie 10.669 tys. zł),
- w 2014 r. – 9.340,5 tys. zł (przy kontrakcie 9.342 tys. zł),
- w I półroczu 2015 r. – 4.379 tys. zł (przy kontrakcie 4.583 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 290)

W 2012 Zespół wykazał m.in. kwotę 182,8 tys. zł niezapłaconych przez ŁOW NFZ świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie na leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc. Z tego tytułu, w ramach zawartej ugody, Fundusz wypłacił świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w łącznej kwocie 54,9 tys. zł

ŁOW NFZ terminowo uregulował - wynikające z wystawionych przez Zespół faktur - należności w łącznej kwocie 4.152 tys. zł za świadczenia zdrowotne wykonywane w I półroczu 2015 r. przez kontrolowany Oddział.

(dowód: akta kontroli str. 130-187, 320-324)

4.2. W II Oddziale Chorób Płuc prowadzona była rehabilitacja przyłóżkowa realizowana przez zatrudnionych na Oddziale rehabilitantów. Zespół stara się pozyskać od NFZ środki finansowe na uruchomienie oddziału rehabilitacji oddechowej.

(dowód: akta kontroli str. 1133-1136)

4.3. Świadczenia z zakresu tlenoterapii

W Zespole funkcjonowała poradnia leczenia niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

W latach 2012 i 2013 (do 31 października 2013 r.) świadczenia z zakresu tlenoterapii były realizowane przez Zespół, własnymi siłami, w zakresie opieki lekarskiej i częściowo w zakresie sprzętu (Zespół wydierżawiał część koncentratorów tlenu). Złożona w 2011 r. w tym zakresie do NFZ oferta obejmowała swym zasięgiem obszar całego województwa łódzkiego.

W dniu 21 października 2013 r. Zespół zawarł umowę z Advanced Homecare Company Sp. z o.o. (zw. dalej: AHC Sp. z o.o.) na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu tlenoterapii w warunkach domowych z uwzględnieniem zapewnienia pacjentom opieki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz zabezpieczenie ich w aparaturę medyczną – koncentratory tlenu oraz cewki do podawania tlenu przez nos.

Wykonanie zadania powierzono AHC Sp. z o.o po przeprowadzeniu konkursu ofert, ogłoszonego w dniu 5 sierpnia 2013 r.

Wg kalkulacji sporządzonej przez Zespół na potrzeby konkursu, przychody z tytułu kontraktu NFZ na udzielania świadczeń z zakresu tlenoterapii wynosiły 12 zł dziennie na każdego leczonego pacjenta (w 2012 r. i w I półroczu 2013 r.),

natomiast ponoszone na ten cel nakłady (po odjęciu kosztów własnych) oszacowano na 8,92 zł w 2012 r. i 8,44 zł w I półroczu 2013 r.

Na konkurs wpłynęła jedna oferta, określająca cenę osobodnia udzielania świadczeń na 9,00 zł, złożona przez AHC Sp. z o.o., spółkę utworzoną we wrześniu 2012 r.⁴¹ i posiadającą siedzibę na terenie Zespołu⁴².

W ofercie Spółka zobowiązała się do posiadania⁴³ 500 sztuk sprawnych technicznie koncentratorów tlenu, nie starszych niż 5 lat oraz zapewnienia personelu medycznego i technicznego⁴⁴, który będzie realizować postanowienia umowy, a także do:

- przeprowadzania przynajmniej raz w kwartale i udokumentowania wizyty pielęgniarskiej w domu chorego korzystającego z tlenoterapii w warunkach domowych,
- zapewnienia sprawnych technicznie koncentratorów tlenu chorym pozostającym pod opieką Poradni Domowego Leczenia Tlenem (ok. 420 osób) – w terminie jednego miesiąca od daty rozpoczęcia obowiązywania umowy,
- prowadzenia udokumentowanego serwisu (raz na 6 miesięcy) i bieżących napraw lub wymiany sprzętu.

Po wyborze oferty Spółki, w dniu zawarcia umowy, Komisja zwróciła się do Spółki o: przedstawienie szczegółowych danych deklarowanych w ofercie tj. 500 szt. koncentratorów tlenu (numery fabryczne, daty produkcji, stan licznika oraz ewentualnie paszporty techniczne), a także o przedstawienie szczegółowego harmonogramu pracy lekarza i pielęgniarki, dobowej liczby pacjentów przewidzianych do badania lekarskiego i wizyty pielęgniarskiej oraz szczegółowego planu działania serwisanta w przypadku wystąpienia awarii urządzeń u kilku pacjentów jednocześnie, przy założeniu odległości dzielącej miejsca, z których pochodzą zgłoszenia.

Spółka wyjaśniła, że biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia oraz dużą liczbę pacjentów i wynikającą z tego możliwość rotacji sprzętu, nie chciałaby się ograniczać do zamkniętej listy urządzeń. Zapewniła, że jest w stanie dostarczyć pacjentom objętym świadczeniem medycznym koncentratory o wymaganych parametrach, a ich dane przekazać (w postaci kopii protokołu zdawczo-odbiorczego) wraz z pierwszą dostawą koncentratora do pacjenta. Ponadto, Spółka podała, że dziennie planuje zrealizować 7-10 wizyt pielęgniarskich oraz 7-10 badań lekarskich. Przedstawiła też plan działania serwisanta – biorąc pod uwagę odległość pomiędzy Łodzią a najbardziej odległymi miejscowościami województwa, czas dojazdu nie powinien zająć więcej niż 2-3 godziny, a cyt. **„jeden serwisant jest w stanie zareagować na wezwanie nawet do 8 pacjentów w ciągu 24h”**.

Pierwotnie rozstrzygnięcie konkursu miało nastąpić 23 sierpnia 2013 r. Termin ten był faktycznie ośmiokrotnie przedłużany, ostatecznie do 30 września 2013 r., co spowodowało późniejsze o miesiąc rozpoczęcie udzielania świadczeń przez Spółkę.

⁴¹ Spółka AHC z siedzibą w Łodzi zawiązana została aktem notarialnym Rep. A. Nr 2369/2012 z dnia 10 września 2012 r. (<http://krs-pobierz.pl/advanced-homecare-company-i291058/krs>, <http://www.krs-online.com.pl/msig-4180-47320.html>).

⁴² Spółka wydzierżawia od Zespołu pomieszczenia przy ul. Okólnej 181, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności biurowej związanej z prowadzeniem spółki oraz NZOZ, na podstawie umów dzierżawy. W celu wyłonienia dzierżawcy, umowy poprzedzone zostały postępowaniami przetargowymi (konkursami ofert). We wszystkich przypadkach Spółka była jedynym podmiotem, który złożył ofertę.

⁴³ Na dzień rozpoczęcia świadczenia usługi.

⁴⁴ W formularzu ofertowym wykazano, po jednej osobie: lekarza specjalistę i pielęgniarkę oraz osobę obsługi technicznej.

Przedłużanie terminu rozstrzygnięcia Dyrektor Zespołu tłumaczyła niepewnością co do przedłużenia umowy z NFZ.

Umowa została zawarta na okres od 1 listopada 2013 r. do 28 lutego 2015 r. i aneksem przedłużona do 28 lutego 2017 r., z uwagi na zapowiadane przez NFZ zwiększenie kontraktu na ten zakres świadczeń.

Umowę prawidłowo wykazano w Portalu Potencjału Świadczeniodawcy.

Uzasadniając konieczność powierzenia wykonania tej usługi podmiotowi zewnętrznemu, Dyrektor Zespołu wskazała m.in. na wysokość ponoszonych przez Zespół kosztów, trudności kadrowe w zakresie zapewnienia pacjentom opieki lekarskiej, a także na wyniki przeprowadzonej w 2012 r. przez ŁOW NFZ kontroli, po której – w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami – nałożono na Zespół karę finansową w kwocie 16.073,60 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1262-1459, 1489-1562)

Z tytułu udzielania świadczeń z zakresu tlenoterapii Zespół osiągnął w poszczególnych latach następujące przychody i koszty (w zł):

Rok	2012 r.	2013 r.	2014.	I połowa 2015 r.
Przychody	1.773.396,00	1.684.092,00	1.927.080,00	859.632,00
Koszty	528.412,43	663.455,56	1.504.949,47	749.281,59
Różnica	1.244.983,57	1.020.636,44	422.130,53	110.350,31

We wszystkich latach dominującą pozycję kosztów stanowiły koszty usług obcych (w tym latach 2012-2013 - do 31 października - koszty dzierżawy koncentratorów tlenu), wynoszące odpowiednio 70,5% w 2012 r., 76,9% w 2013 r., 98,6% w 2014 r. i 99% w I półroczu 2015 r. Ponadto, w 2012 r. znaczącymi kosztami z tytułu tlenoterapii były koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, które stanowiły 25,4% kosztów ogółem. W kolejnych latach, w związku z realizacją świadczeń przez AHC Sp. z o.o., koszty te⁴⁵ systematycznie malały (20,9% w 2013 r. i 1,3% w 2014 r.), a w I półroczu 2015 r. wyniosły 6.676,87 zł, tj. 0,9% kosztów ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 1142-1184)

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Zespołu, ponoszone przez Zespół w wyniku realizacji kontraktu koszty obejmowały: pielęgniarskie wizyty domowe (oszacowane na 53 zł za wizytę, co przy założeniu 4 wizyt rocznie dla 405 pacjentów stanowiło 85.860 zł), dzierżawę koncentratorów (ok. 270.000 zł rocznie), a także koszty badań laboratoryjnych wynikających z wymogów Zarządzenia Prezesa NFZ, badań lekarskich i dodatkowych (wykonywanych w ramach umów o pracę z lekarzami Zespołu), dowóz urządzeń do pacjentów oraz koszty serwisu i napraw sprzętu.

Ponadto, jak podała Pani Dyrektor, z uwagi na rozległy obszar terytorialny, Zespół borykał się z trudnościami z zatrudnieniem lekarzy zapewniających świadczenie wizyt domowych – ogłoszone w 2012 r. dwa postępowania konkursowe nie zakończyły się podpisaniem umów z lekarzami.

(dowód: akta kontroli str. 1466-1471)

W Portalu Potencjału, na 1 stycznia 2012 r. Zespół wykazał, że świadczenia w ramach Poradni Domowego Leczenia Tlenem udzielało czterech lekarzy specjalistów chorób płuc⁴⁶ (w tym ordynator II Oddziału Chorób Płuc oraz członek Zespołu Domowego Leczenia Tlenem⁴⁷, kwalifikującego pacjentów) i trzy

⁴⁵ Wynagrodzeń wraz z pochodnymi.

⁴⁶ W tym jeden przez pięć dni w tygodniu, w wymiarze 14:55 godzin, jeden obsługujący wizyty domowe (pięć dni w tygodniu, wymiar 20:55) oraz dwóch raz w tygodniu, w wymiarze odpowiednio 1:20 (Ordynator II Oddziału Chorób Płuc) i 3:10 (członek Zespołu).

⁴⁷ Powołanego Zarządzeniem Nr 76/2006 Dyrektora Zespołu z dnia 8 czerwca 2006 r., ze zmianami.

pielęgniarki⁴⁸. Na dzień 1 stycznia 2013 r. wykazywano sześć osób (zmniejszono zatrudnienie o jedną pielęgniarkę). Wszystkie te osoby były zatrudnione w Zespole.

Na dzień 1 stycznia 2014 r., wykazywano w Portalu czterech lekarzy specjalistów chorób płuc i trzy pielęgniarki, w tym jedną realizującą wizyty domowe. Wśród wykazanych lekarzy, trzech było pracownikami Zespołu, a jeden (realizujący świadczenia cztery dni w tygodniu, w wymiarze 32 godzin tygodniowo) – zatrudniony był przez AHC Sp. z o.o.

Wykazywane w Portalu Potencjału na dzień 1 stycznia 2015 r. zatrudnienie było wyższe i obejmowało siedmiu lekarzy (sześciu specjalistów chorób płuc i specjalista chorób wewnętrznych) oraz sześć pielęgniarek. Wśród wykazanych lekarzy, pięciu było pracownikami Zespołu, a dwóch (realizujących świadczenia dwa i cztery dni w tygodniu, w wymiarze odpowiednio 4 i 32 godzin) – zatrudnionych było przez AHC Sp. z o.o., natomiast spośród pielęgniarek, trzy były pracownikami Zespołu, a trzy – Spółki.

Jak wyjaśniła Dyrektor Zespołu, wykazany w Portalu Potencjału w komórce Poradnia Domowego Leczenia Tlenem personel Zespołu (m.in. dr A.M., dr P.M.), to członkowie Zespołu Domowego Leczenia Tlenem, powołanego w celu kwalifikowania pacjentów do domowego leczenia tlenem. Ponadto wykazano personel pielęgniarski (E.M., T.D.), który wykonuje w Poradni zadania w ramach posiadanych umów – nieodpłatnie, podobnie jak lekarze B.Ż. i D.P-L.

(dowód: akta kontroli str. 1460-1478)

Według kartoteki inwentarzowej, w styczniu 2012 r., Zespół posiadał 150 koncentratorów tlenu, a 401 szt. dzierżawił od Spółki Linde Gaz Polska Sp. z o.o. Na mocy trójstronnego porozumienia z dnia 18 października 2013 r., dzierżawione koncentratory Zespół zwrócił w dniu 31 października 2013 r., po czym zostały one wydzierżawione spółce AHC. W związku z przekazaniem realizacji świadczeń podwykonawcy, liczba własnych koncentratorów Zespołu zmniejszyła się do 75 szt. na koniec 2013 r., następnie do 19 szt. na koniec 2014 r. Taki stan utrzymywał się też do końca czerwca 2015 r.

Jak wyjaśniła p.o. Główny Księgowy Zespołu, koncentratory, po zwróceniu ich przez pacjentów, poddawane były przeglądowi technicznemu i w przypadku braku możliwości dalszego użytkowania, zdejmowane ze stanu księgowego po uzyskaniu orzeczenia technicznego i przeprowadzeniu procedury kasacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 1185-1262)

Poradnia Domowego Leczenia Tlenem leczyła w poszczególnych latach następującą liczbę pacjentów: 466 w 2012 r., 480 w 2013 r., 500 w 2014 r. i 688 w 2015 r. Na kolejkę oczekujących od 1 stycznia 2012 r. do 9 grudnia 2015 r. wpisanych było łącznie 756 pacjentów, z czego 495 pacjentom przekazano koncentratory tlenu, 35 zmarło przed przekazaniem im koncentratorów, 226 pacjentów zrezygnowało z koncentratorów, a na dzień 9 grudnia 2015 r. nie było oczekujących pacjentów na przekazanie koncentratorów.

W latach 2012-2014 różnica pomiędzy planowaną datą wydania, a przekazania koncentratorów tlenu wynosiła ok. 90 dni, natomiast w 2015 r. ok 30 dni. Przyczyną tego był brak środków finansowych w ramach kontraktu z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1142)

⁴⁸ Wszystkie realizujące świadczenia pięć dni w tygodniu, w wymiarze odpowiednio: 37:55, 20:55 i 7:55 godzin.

4.4. Realizacja świadczeń w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego i POChP na podstawie umów zawartych z NFZ

Pacjenci z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu płuc leczeni byli w Oddziałach⁴⁹ w Tuszynie, na których łącznie w latach 2012 – 2013 było 156 łóżek, a w latach 2014–2015 - 106 łóżek. Natomiast pacjenci z rozpoznaniem POChP leczeni byli w II Oddziale Chorób Płuc i Oddziale Wewnętrznym, w których było 185 łóżek w latach 2012-2013 i 125 łóżek w latach 2014–2015.

(dowód: akta kontroli str. 309-310)

W oddziałach zajmujących się m.in. leczeniem pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc zatrudnionych było w badanym okresie od 24 (w 2012 r.) do 22 lekarzy (w 2015 r.). Jedenastu lekarzy miało m.in. II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, jeden I stopień specjalizacji w zakresie chorób płuc, ośmiu lekarzy w dziedzinie chorób wewnętrznych (w tym: trzech z I stopniem i pięciu z II stopniem specjalizacji) oraz dwóch lekarzy II stopień w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej. Według stanu na 30 czerwca 2015 r. trzech lekarzy było w wieku poniżej 45 roku życia, czterech w wieku 45-54 lat, trzynastu w wieku 55-64 lata oraz dwóch powyżej 64 lat.

W oddziałach zajmujących się m.in. POChP zatrudnionych było w badanym okresie od 20 lekarzy w 2012 r. do 18 lekarzy w 2015 r. Jedenastu lekarzy miało II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, trzech - specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, a pięciu specjalizację II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Zatrudnienie lekarzy w tych Oddziałach odpowiadało wymaganiom określonym w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

W Szpitalu leczonych było 12.237 pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby nowotworowej układu oddechowego, w tym: w 2012 r. – 3.881 pacjentów, w 2013 r. - 3.511 pacjentów, w 2014 r. – 3.232 osoby oraz 1.613 pacjentów w I połowie 2015 r. Średnie obłożenie oddziałów leczących m.in. pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc wynosiło według stanu na 30 czerwca 2015 r. – 94,81%.

Ponadto leczonych było 18.053 pacjentów z rozpoznaniem POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego w 2012 r. – 5.649 pacjentów, w 2013 r. – 5.121 pacjentów w 2014 r. – 4.807 oraz 2.476 pacjentów w I połowie 2015 r. Średnie obłożenie oddziałów leczących POChP wynosiło według stanu na 30 czerwca 2015 r. – 98,63%.

Koszt leczenia pacjenta z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby nowotworowej układu oddechowego wynosił od 3,3 tys. zł w 2012 r. do 4,1 tys. zł w I półroczu 2015 r., a pacjenta z rozpoznaniem POChP odpowiednio od 2,9 tys. zł do 3,1 tys. zł.

Ponadto w Szpitalu leczonych było 1.237 pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym płuc. Koszty leczenia tych pacjentów, w badanym okresie, wyniosły 4.500,3 tys. zł, w tym odpowiednio: w 2012 r. – 1.675,1 tys. zł, w 2013 r. – 1.432,1 tys. zł, w 2014 r. – 947 tys. zł i w I półroczu 2015 r. – 446,2 tys. zł. Wartość leków wyniosła – 432,6 tys. zł, w tym w poszczególnych latach: 127,2 tys. zł, 128,7 tys. zł, 130 tys. zł i 46,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 310, 327)

⁴⁹ II Oddział Chorób Płuc, Oddział Wewnętrzny i Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej.

Świadczeniodawca nie prowadził prac nad wyceną świadczeń w rodzaju hospitalizacja z zakresu gruźlicy i chorób płuc oraz z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby nowotworowej.

(dowód: akta kontroli str. 296-299)

Średni koszt leczenia pacjenta z poszczególnymi rozpoznaniem, wg danych sprawozdanych do ŁOW NFZ, w badanym okresie⁵⁰, na Oddziale Leczenia Gruźlicy i II Oddziale Chorób Płuc wyniósł:

- a) rozpoznanie A15-A16⁵¹ – 6.817,01 zł, z czego: w 2012 r. – 6.718,49 zł, w 2014 r. – 6.706,18 zł i w I połowie 2015 r. – 7.488,97 zł,
- b) rozpoznanie D46⁵² – 1.865,43 zł, z czego: w 2012 r. – 1.855,74 zł, w 2014 r. – 1.875,56 zł i w I połowie 2015 r. – 1.870,48 zł,
- c) rozpoznanie C34-C34.9⁵³ – 3.900,13 zł, z czego: w 2012 r. – 3.904,48 zł, w 2014 r. – 3.975,02 zł i w I połowie 2015 r. – 3.728,30 zł,
- d) rozpoznanie J44-J44.9⁵⁴ – 1.860,70 zł, z czego: w 2012 r. – 1.847,61 zł, w 2014 r. – 1.877,22 zł i w I połowie 2015 r. – 1.863,45 zł.

(dowód: akta kontroli str. 306-308, 328)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Choroby płuc – hospitalizacja, obejmująca udzielanie świadczeń w dwóch Oddziałach⁵⁵ w tej samej lokalizacji przy ul. Szpitalnej 5 w Tuszynie, nie została sporządzona prawidłowo. W pkt 1.7.1.5 części VIII oferty z 21 listopada 2011 r. wykazano, iż Zespół zapewnia realizację badań mikrobiologicznych (w tym BK) – w Oddziałach w Tuszynie, podczas gdy w latach 2012-2015 w tej lokalizacji zapewniał jedynie dostęp do tych badań.

Dodatkowo w części V i VI oferty wyszczególniono tylko jeden spirometr i jeden kardiomonitor, natomiast w części VIII tej oferty wykazano, że każdy z dwóch Oddziałów posiadał ten sprzęt w miejscu i będzie go zapewniał od początku obowiązywania umowy, przy czym wykazanego spirometru⁵⁶ Zespół faktycznie nie miał na stanie, gdyż wcześniej, 7 listopada 2008 r., został on zlikwidowany.

W wyniku przeprowadzonego konkursu o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne w zakresie Choroby płuc – hospitalizacja Zespół zawarł 9 stycznia 2012 r. umowę z ŁOW NFZ nr 051/110108/03/010/12, w której wykazał na II Oddziale Chorób Płuc, aż do 2014 r., nieistniejący spirometr o nr seryjnym 67U700472 pomimo, że nowy został przyjęty⁵⁷ na ten Oddział z dniem 30 marca 2012 r. W tej samej umowie w zakresie świadczeń realizowanych w Oddziale Leczenia Gruźlicy do 25 lutego 2013 r. wykazany został jeden spirometr nr seryjnym 00481, który, zgodnie z ewidencją księgową, w 2012 i 2013 r. (do 29 lipca 2013 r.) był użytkowany w I Oddziale Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego zlokalizowanym w Łodzi.

⁵⁰ Z powodu braku możliwości technicznych (błąd systemu przy generowaniu danych za 2013 r.) wyliczenia obejmują lata 2012, 2014 i I półrocze 2015 r.

⁵¹ Rozpoznanie z zakresu gruźlicy płuc.

⁵² Rozpoznanie POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego.

⁵³ Rozpoznanie z zakresu nowotworów złośliwych.

⁵⁴ Rozpoznanie z zakresu nieokreślonej przewlekłej zaporowej choroby płuc.

⁵⁵ II Oddział Chorób Płuc i Oddział Leczenia Gruźlicy.

⁵⁶ Nr seryjny 67U700472.

⁵⁷ Zgodnie z ewidencją księgową.

NIK zwraca uwagę, że zapewnienie realizacji badań mikrobiologicznych (w tym BK) w lokalizacji było warunkiem dodatkowo ocenianym w trakcie trwania konkursu ofert, zgodnie z postanowieniami pkt 13.3.3 załącznika nr 3 do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zgodnie natomiast z poz. 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, posiadanie w miejscu spirometru i kardiomonitora było warunkiem koniecznym do realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc.

Wykazanie w ofercie spełnienia warunków w zakresie zapewnienia w lokalizacji badań mikrobiologicznych BK oraz jednego kardiomonitora i nieistniejącego spirometru na dwa Oddziały, jak również niezapewnienie spirometrów na Oddziałach, w tym na II Oddziale Chorób Płuc do 29 marca 2012 r., wskazuje na jej sporządzenie w sposób niezgodny ze stanem rzeczywistym. Oferta oraz umowa na udzielanie świadczeń została podpisana przez ówczesnego Dyrektora Zespołu – Janusza Kazimierczaka.

W latach 2012-2015 (do 30 listopada 2015 r.) Zespół uzyskał przychody z tytułu realizacji umowy na świadczenia zdrowotne – leczenie szpitalne – w zakresie Choroby płuc – hospitalizacja na ww. Oddziałach w wysokości 39.473.219,18 zł.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że laboratorium podwykonawcy dr n. med. Teresa Fryda Laboratorium Sp. z o.o. wraz z pracownią mikrobiologii zlokalizowane jest pod adresem siedziby Zespołu (ul. Okólna 181 w Łodzi). Pobieranie materiału biologicznego od pacjentów odbywa się w miejscu udzielania świadczeń, a sama próbka badana jest w laboratorium podwykonawcy. Według Zespołu zapewniony jest tym samym dostęp do badań mikrobiologicznych w lokalizacji. W zakresie wykazania w ofercie jednego kardiomonitora dla dwóch Oddziałów, Dyrektor wyjaśniła, że w Systemie Obsługi Potencjału dla Oddziału Leczenia Gruźlicy wykazany jest kardiomonitor (nr seryjny 0697), a dla II Oddziału Chorób Płuc o nr seryjny 0700. Na moment składania oferty na II Oddziale Chorób Płuc wykonywano badania za pomocą spirometru o nr fabrycznym 1992/03/016, który dla potrzeb Działu Księgowości zaewidencjonowany był w ośrodku kosztów Pracowni Spirometrii i EKG. Faktycznie jednak znajdował się on w pawilonie II Oddziału i wykorzystywany był jedynie dla potrzeb jego pacjentów. Spirometr o nr fabrycznym 67U700472 wykazany został w ofercie omyłkowo. Na skutek złego przepływu informacji pomiędzy działami mogła nastąpić niezamierzona zwłoka w aktualizacji zasobów. Podobnie przedstawiała się sytuacja w Oddziale Leczenia Gruźlicy z tym, że spirometr o nr seryjnym 00481 często był przenoszony pomiędzy oddziałami i stąd mógł wynikać błąd w ofercie.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 2 pkt 1 rozporządzeń z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, „dostęp” oznacza zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane, natomiast zgodnie z § 2 pkt 7 lokalizacja oznacza budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.

Oba ww. Oddziały zlokalizowane były na ul. Szpitalnej 5 w Tuszynie, natomiast siedziba Zespołu mieści się przy ul. Okólnej 181 w Łodzi. Tak więc nie zostały zapewnione badania mikrobiologiczne w lokalizacji Oddziałów, a w umowie zawarto nieprawdziwe dane.

(dowód: akta kontroli str. 685-710, 741-958, 976, 1133-1136)

2. Dyrektor Zespołu – Janusz Kazimierczak zwrócił się do Wojewody Łódzkiego z wnioskiem z 21 grudnia 2012 r. o zmianę wpisu w zakresie zakończenia działalności Oddziału Leczenia Gruźlicy (z zamiarem połączenia ww. Oddziału i II Oddziału Chorób Płuc). Wpis w rejestrze został dokonany 25 lutego 2013 r.

Faktycznie Oddział Leczenia Gruźlicy istniał do 4 lutego 2014 r. Dopiero na podstawie zarządzenia nr 22/2014 Dyrektora Zespołu z 3 lutego 2014 r., nastąpiło jego fizyczne włączenie do II Oddziału Chorób Płuc.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że ze względów na kłopoty lokalowe (brak możliwości przeniesienia Oddziału Leczenia Gruźlicy do remontowanych pomieszczeń w pawilonie, w którym funkcjonował II Oddział Chorób Płuc) do faktycznego połączenia tych komórek doszło w lutym 2014 r. Opóźnienie połączenia ww. Oddziałów nie było planowane i możliwe do przewidzenia przez Dyrekcję Zespołu.

Zgodnie z przywołanym art. 107 ust. 1, wszelkie zmiany w rejestrze dokonuje się dopiero po zaistnieniu tych zmian. Tak więc, Zespół mógł wystąpić z wnioskiem o zmianę w rejestrze, dopiero po zakończonym remoncie i po połączeniu Oddziałów.

(dowód: akta kontroli str. 961-975, 1137-1141)

3. Zespół, na dzień złożenia oferty (w dniu 10 listopada 2011 r.) oraz w trakcie obowiązywania umów⁵⁸, przedłużanych aneksami do 31 grudnia 2015 r., o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, które miały być realizowane m.in. na II Oddziale Chorób Płuc, spełniał wymagania dotyczące personelu określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Środki z niewykonanych kontraktów z zakresu chemioterapii w kwocie 75,7 tys. zł zostały przesunięte na realizację świadczeń i na nadwykonania powstałe na I Oddziale Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego.

Ustalenia kontroli wykazały, że w latach 2012-2015 umowy na chemioterapię w Oddziale w Tuszynie nie były realizowane.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że, cyt.: „*przyczyną były problemy natury techniczno-lokalowej spowodowanej brakiem możliwości zamontowania urządzenia do przygotowywania cytostatyków – digestorium w pomieszczeniach Oddziału. Zespół podpisując kolejne aneksy nie brał pod uwagę braku możliwości wykonania instalacji digestorium. Zapewniamy także, że zostaną podjęte działania celem umieszczenia digestorium wewnątrz pomieszczeń Oddziału*”.

(dowód: akta kontroli str. 287-305, 977-1093)

4. Zasoby kadrowe wykazywane w Portalu Potencjału nie były aktualizowane na bieżąco. W Portalu wykazano, że 8 lekarzy zakończyło udzielanie świadczeń w Oddziale Leczenia Gruźlicy 25 lutego 2013 r. Odnosnie 7 z nich wykazano, iż od 1 listopada 2013 r. będą udzielać świadczeń na II Oddziale Chorób Płuc, natomiast jeden od 19 sierpnia 2013 r. W okresie od momentu wykreślenia ich z Oddziału Leczenia Gruźlicy do wykazania w II Oddziale Chorób Płuc lekarze ci nie zostali przypisani do żadnego Oddziału czy Poradni. Ewidencja kadrowa wskazuje natomiast, że 7 spośród powyższych lekarzy udzielało świadczeń na

⁵⁸ Umowy: nr 051/110108/03/030/12 z dnia 2 stycznia 2012 r., nr 051/110108/03/030/12B z dnia 22 czerwca 2012 r.

Oddziale Leczenia Gruzlicy aż do początku roku 2014 r., a jeden do 3 grudnia 2013 r.

Ponadto, kontrola wykazała, że w 5 przypadkach, spośród 14 innych lekarzy udzielających świadczeń na II Oddziale Chorób Płuc oraz w Poradniach Gruzlicy i Chorób Płuc dla Dzieci i dla Dorosłych, daty udzielania świadczeń w danej jednostce organizacyjnej Zespołu wykazane w Portalu Potencjału odbiegały od dat wykazanych w dokumentacji kadrowej. W 2 przypadkach dotyczyło to wprowadzenia do Portalu wcześniejszych (o 18 i 27 dni) dat udzielania świadczeń w danej jednostce od dat, jakie wykazane są w dokumentacji kadrowej, a w 3 przypadkach wprowadzenia dat późniejszych o od 16 do 150 dni.

Stosownie do postanowień § 2 ust. 7 i 8 umowy nr 051/110108/03/010/12 zawartej 9 stycznia 2012 r. – świadczeniodawca zobowiązany 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. Aktualizacji tych danych należy dokonywać za pomocą aplikacji informatycznych udostępnionych przez NFZ.

Dyrektor Zespołu odnośnie 8 ww. lekarzy wyjaśniła, że działania mające na celu uporządkowanie stanu faktycznego w Portalu wszczęto dopiero po uzyskaniu przez Dział Świadczeń Medycznych (obsługujący Portal NFZ) informacji o likwidacji Oddziału Leczenia Gruzlicy, tj. w październiku 2013 r. W przypadku zgłaszania personelu wymagane jest sprawozdawanie na bieżąco, w związku z czym nie było możliwości zgłoszenia ww. lekarzy z datą wsteczną. Niezgodności między danymi wykazanymi w Portalu a czasem pracy wykazanym w kartach pracy, dotyczące 5 lekarzy, wynikała z nieprawidłowej komunikacji między działami.

Powyższe wskazuje nie tylko na nierzetelne prowadzenie Portalu Potencjału, ale również na brak przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi, w tym tak istotnych, jak likwidacja jednego oddziału, poprzez przyłączenie go do drugiego.

(dowód: akta kontroli str. 961-975, 1094-1132, 1137-1141)

5. Pomimo, powierzenia od 1 listopada 2013 r. Spółce AHC z o.o. udzielania świadczeń medycznych z zakresu tlenoterapii w warunkach domowych z uwzględnieniem zapewnienia pacjentom opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, w tym prowadzenia Poradni Domowego Leczenia Tlenem, Zespół wykazywał w swoim Portalu Potencjału pracowników AHC Sp. z o.o., niebędących pracownikami Zespołu.

W 2014 r. wykazano jedną osobę (lekarza specjalistę chorób płuc), a w 2015 r. wykazano dodatkowo cztery osoby – kolejnego lekarza (specjalistę chorób wewnętrznych) i trzy pielęgniarki.

Po zawarciu umowy z podwykonawcą, Zespół wykazywał w Portalu Potencjału również sprzęt medyczny należący do AHC Sp. z o.o.

Jak wyjaśniła Dyrektor Zespołu, wynikało to z wymagań ŁOW NFZ w zakresie wykazania harmonogramu pracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, a NFZ nigdy nie zakwestionował tej praktyki.

(dowód: akta kontroli str. 1460-1478)

W ocenie NIK, nie można uznać za prawidłowe wykazywania w Portalu Potencjału Zespołu personelu i sprzętu medycznego należącego do innego

podmiotu. Takie działanie powoduje, że wykazane w Portalu dane są nieprawdziwe.

6. W Portalu Potencjału wykazywano, jako pielęgniarkę wykonującą świadczenia z zakresu tlenoterapii, pracownika Zespołu zatrudnionego na stanowisku Kierownika Działu Statystyki Medycznej, w którego zakresie obowiązków, brak było zadań związanych z tlenoterapią.

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że Kierownik Działu Statystyki Medycznej na ustne polecenie Dyrekcji pełni w poradni rolę koordynatora nad pracą personelu pielęgniarskiego (ma średnie wykształcenie medyczne) i nie pobiera dodatkowego wynagrodzenia za tę pracę.

(dowód: akta kontroli str. 1460-1492)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Uwagi NIK dotyczą trzykrotnego wzrostu kosztów z tytułu tlenoterapii, spowodowanych powierzeniem realizacji tego świadczenia podwykonawcy.

W związku z realizacją świadczenia samodzielnie przez Zespół, poniesione z tego tytułu w 2012 r. koszty wynosiły 528,4 tys. zł, a w kolejnych latach, w związku z przekazaniem realizacji świadczeń AHC Sp. z o.o., systematycznie rosły (wyniosły 663,5 tys. zł w 2013 r., 1.504,9 tys. zł w 2014 r. i 749,3 tys. zł w I półroczu 2015 r.). Powyższe powodowało, że przy zbliżonym poziomie przychodów z tytułu kontraktu z ŁOW NFZ (1,7-1,9 mln zł), realizacja tych świadczeń dla Zespołu stawała się coraz mniej opłacalna. Wypracowywany na tej operacji zysk systematycznie malał i z poziomu 1.245 tys. zł w 2012 r. obniżył się do 422,1 tys. zł w 2014 r., a za I półrocze 2015 r. wyniósł zaledwie 110,5 tys. zł.

Wyjaśniając przyczynę wzrostu kosztów, Dyrektor Zespołu podała, że wynikał on z powierzenia kompleksowej usługi firmie zewnętrznej, która zogniskowała w swoim działaniu opiekę pielęgniarską i lekarską nad pacjentem (wizyty domowe oraz prowadzenie Poradni Domowego Leczenia Tlenem), w związku z czym zwiększyła znacznie zatrudnienie personelu, a nakłady firmy zewnętrznej w tym zakresie przewyższały znacznie nakłady ponoszone dotąd przez Zespół (lekarze Zespołu w ramach umów etatowych udzielali świadczeń pacjentom korzystającym z koncentratorów). Ponadto, jak podała Pani Dyrektor, gdyby Zespół chciał ponosić koszty wszystkich elementów składających się na tlenoterapię w warunkach domowych, musiałby zwiększyć znacznie zatrudnienie i położyć większy nacisk na koordynację działań. Nakłady dotąd ponoszone przez Zespół, jak wykazała analiza wewnętrzna, niedostateczne i niedające gwarancji skutecznego działania niezagrożonego wypowiedzeniem umowy przez NFZ, Dyrekcja Zespołu postanowiła zwiększyć - powierzając podwykonawcy kompleksowe zabezpieczenie pacjentów tlenoterapii domowej.

Pani Dyrektor stwierdziła, że przed przeprowadzeniem konkursu ofert w 2013 r. na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu tlenoterapii domowej, Dyrekcja Zespołu przeprowadzała analizy ekonomiczne i merytoryczne na bazie danych księgowych oraz sytuacji wynikającej z dotychczasowej realizacji kontraktu oraz wniosków pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej przez ŁOW NFZ. Jednak, cyt.: „Z moich informacji wynika, że nie zachował się żaden pisany dokument zawierający taką analizę.”

Pani Dyrektor wskazała również, że z perspektywy dnia dzisiejszego należy uznać, że wybór Spółki AHC okazał się trafny. Realizacja świadczeń przebiega w sposób zgodny z zaleceniami NFZ i nie mają miejsca sytuacje wykazane w kontroli z 2012 r. NFZ na skutek pozytywnej oceny realizacji umowy przeznaczył w 2015 r. na tlenoterapię kwotę 1.963.560 zł, a Zespół, dzięki przekazaniu większości kompetencji wynikających z realizacji kontraktu firmie zewnętrznej, zyskał pewność,

że świadczenia wykonane są zgodnie z warunkami postawionymi w Zarządzeniu NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1143-1184, 1466-1478)

Ocena cząstkowa

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

5. Działania podejmowane na rzecz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci

Opis stanu faktycznego

5.1. Przyjęcia pacjentów dorosłych na II Oddział Chorób Płuc, według stanu na koniec 2012, 2013 i 2014 r. odbywały się na bieżąco (brak kolejek). Podobnie jak w przypadku przychodni, kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń powstały w 2015 r. Według raportów przekazanych przez Zespół do ŁOW NFZ liczyły one w poszczególnych miesiącach I półrocza 2015 r. od 1 do 3 osób, dotyczyły przypadków stabilnych, ze średnim czasem oczekiwania do 16 dni.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 261-267)

Jak wyjaśniła Dyrektor Zespołu, w 2015 r. kolejka w Oddziale spowodowana była prośbami pacjentów, a aktualnie pacjenci przyjmowani są na bieżąco z uwagi na istniejącą w Oddziale liczbę łóżek (85) i wystarczającą wartością kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 180-185)

Listy oczekujących na leczenie szpitalne spełniały wymagania art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a) – i) oraz art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. Raporty o kolejkach oczekujących przekazywane były do ŁOW NFZ terminowo.

(dowód: akta kontroli str. 218-220, 254-255, 1563)

5.2. Rejestracja pacjentów odbywa się na bieżąco w działającej całodobowo Szpitalnej Izbie Przyjęć przez pielęgniarki lub – sporadycznie – w sekretariacie Oddziału, z rozróżnieniem przypadków stabilnych i pilnych, oraz z uwzględnieniem zasad prowadzenia kolejki oczekujących na świadczenia wprowadzone przez ŁOW NFZ (w tym system InfoMedica). Osobą bezpośrednio kwalifikującą pacjentów do hospitalizacji był lekarz.

O zmianie terminu udzielenia świadczeń, Szpital informował świadczeniobiorców drogą telefoniczną.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 1563)

5.3. Analizą objęto listę pacjentów oczekujących na przyjęcie na Oddział na dzień 30 czerwca 2015 r. Lista obejmowała czterech pacjentów, wpisanych na listę w okresie od 27 kwietnia 2015 r. do 2 czerwca 2015 r.

Faktycznie kolejka liczyła 5 osób – wpis dotyczący jednego z pacjentów⁵⁹ nie został powiązany z żadną z kolejek oczekujących. Osobom tym wyznaczono termin zgłoszenia się do szpitala (hospitalizacji) w okresie od 25 maja do 15 czerwca 2015 r. (od 6 do 30 dni od daty rejestracji) – średnio 18 dni. Dwie osoby wykreślono z uwagi na niezgłoszenie się w ustalonym terminie, a pozostali pacjenci byli hospitalizowani w wyznaczonym terminie. Pacjentów, którzy nie zgłosili się na hospitalizację w dniach 25 i 27 maja 2015 r., wykreślono z kolejki w dniu 16 czerwca 2015 r., tj. po 20 i 22 dniach od wyznaczonej daty hospitalizacji.

Pozostali pacjenci zostali wykreśleni z kolejki oczekujących z datą pierwszego dnia hospitalizacji.

⁵⁹ Karta 669/2015.

Zaraportowany do NFZ średni czas oczekiwania liczony był prawidłowo, tylko dla osób, którym zrealizowano świadczenie i wyniósł 16 dni.

(dowód: akta kontroli str. 268-272)

5.4. W latach 2012-2015 Zespół nie korzystał z dofinansowania na zakup sprzętu i aparatury medycznej ze środków Unii Europejskiej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, z przeznaczeniem dla badanych jednostek organizacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 285-286)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że jeden z pacjentów⁶⁰ nie został wykazany w liście osobowej do kolejki oczekujących do II Oddziału Chorób Płuc. W systemie InfoMedica, wpis dotyczący tego pacjenta pomyłkowo nie został powiązany z żadną z kolejek oczekujących.

Jak wyjaśniła Kierownik Działu Statystyki Medycznej, osoba wpisująca wybrała w tym polu niewłaściwą pozycję z rozwijanej listy (brak kolejki), jednocześnie wskazując oddział, na którym zaplanowano hospitalizację.

(dowód: akta kontroli str. 180-185, 261-273)

NIK przyjmuje, że powyższy błąd nie miał wpływu na zaraportowany do ŁOW NFZ średni czas oczekiwania, który liczony był również dla tego pacjenta.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie 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 Kontroli⁶¹, wnosi o:

1. Realizowanie zobowiązań wynikających ze złożonych ofert, w tym w szczególności w zakresie czasu pracy Poradni specjalistycznych.
2. Zwiększenie nadzoru nad rzetelnością i prawidłowością sporządzanych ofert w konkursach na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem wykazywania w nich informacji zgodnych ze stanem faktycznym.
3. Rzetelnie i na bieżąco aktualizowanie danych w Portalu Potencjału.
4. Podjęcie działań mających na celu zwiększenie przepływu informacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi Zespołu.
5. Rzetelne prowadzenie i weryfikowanie list oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych.
6. Podjęcie działań mających na celu dostosowanie - w zawartych z ŁOW NFZ umowach - liczby punktów rozliczeniowych w zakresie chemioterapii realizowanej na II Oddziale Chorób Płuc w Tuszynie, do faktycznych możliwości udzielania świadczeń.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

⁶⁰ Karta 669/2015.

⁶¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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 Łodzi.

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.

Łódź, dnia 13 stycznia 2016 r.

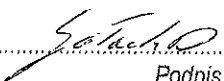
Kontrolerzy
Barbara Głowińska
gł. specjalista k.p.


.....
Podpis

Agnieszka Tomalska
gł. specjalista k.p.


.....
Podpis

Dominik Gołacki
specjalista k.p.


.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


.....
Podpis

