



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.017.01.2015
P/15/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

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 Olsztynie

Kontrolerzy 1) Adam Rączkiewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97534 z dnia 7 października 2015 r.,
2) Krzysztof Śleszyński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97552 z dnia 19 listopada 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc, 10-357 Olsztyn,
ul. Jagiellońska 78 (dalej: „SPZGiChP” lub „Zespół”).

Kierownik jednostki
kontrolowanej Irena Petryna, Dyrektor SPZGiChP (dalej: „Dyrektor”), od 5 maja 2005 r.

(dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W badanym okresie² SPZGiChP prawidłowo realizował świadczenia w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej („AOS”) i leczenia szpitalnego (hospitalizacja) w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz nowotworu płuc. Poradnie i oddziały szpitalne udzielające ww. świadczeń spełniały określone prawem wymogi zarówno w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak również zatrudnienia i kwalifikacji zawodowych personelu lekarskiego. Na oddziałach szpitalnych pacjentom zapewniono całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, w tym przy udziale lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc i onkologii klinicznej. Pacjentom zapewniono też dostęp do badań diagnostycznych, a laboratorium diagnostyczne SPZGiChP posiadało aktualne certyfikaty Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątko oraz Centralnego Ośrodka Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej. W celu poprawy standardów i efektywności leczenia Zespół podjął ponadto działania zmierzające do wdrożenia stosowania metody nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w przypadkach zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (dalej: „POCHP”).

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast nierzetelnego prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń, polegającego na nieodnotowywaniu w nich na bieżąco m.in. faktu udzielenia świadczenia lub rezygnacji pacjenta, a tym samym skreślenia z ww. listy. W listach tych nie odnotowywano również zmian planowanego terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem ich przyczyn. Skutkowało to przekazaniem Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Warmińsko-Mazurskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu w Olsztynie (dalej: „NFZ”) nierzetelnych danych o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia.

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

² Dotyczy lat 2012-2015 (I półrocze).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii na podstawie umów zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

1.1. SPZGiChP, będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wpisany został przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (księga nr 15277) 30 października 1995 r. Aktualny statut Zespołu został nadany uchwałą Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego z 30 kwietnia 2014 r.³ Regulamin organizacyjny, wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 8 z 26 lutego 2015 r., zawierał elementy wymagane art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, tj. określał m.in. cele i zadania realizowane przez Zespół, organizację i zadania poszczególnych komórek medycznych i organizacyjnych oraz przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 6-141)

1.2. W okresie objętym kontrolą, Zespół udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS na podstawie umowy z dnia 30 grudnia 2011 r., zawartej z NFZ w zakresie alergologii, gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii. Świadczenia te realizowała Konsultacyjna Przychodnia Pulmonologiczna, w której skład wchodziło pięć poradni: pulmonologiczna, gruźlicy, diagnostyki i leczenia bezdechu sennego, onkologiczna oraz alergologiczna.

(dowód: akta kontroli str. 47-169)

Uwagi dotyczące badanej działalności

1.3. W załączniku do umowy na AOS na 2015 r. („Harmonogram – zasoby”) SPZGiChP wykazał ogółem 21 urządzeń, z których 19 było faktycznie użytkowanych w ramach realizacji ww. umowy i ujętych w ewidencji księgowej⁵.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca natomiast uwagę, że dwa urządzenia⁶ (9,5% wykazanych w umowie z NFZ) zostały faktycznie wyłączone z użytkowania odpowiednio w lutym 2011 r. i sierpniu 2014 r.⁷, tj. przed dniem zawarcia umowy na AOS. Sprzęt ten zastąpiono następnie innym, równorzędnym.

Kierownik Sekcji Analiz i Rozliczeń wyjaśnił, że zgłoszenie do NFZ nieużytkowanego sprzętu wynikało z nieprzekazania informacji o zamianie ww. sprzętu przez Dział Obsługi Szpitala. Z wyjaśnień Dyrektora SPZGiChP wynikało, iż dane o sprzęcie były wprawdzie aktualizowane na bieżąco, jednakże w wyniku przeoczenia nie zaktualizowano ww. pozycji sprzętu.

Zaktualizowane dane o użytkowanej aparaturze medycznej zostały przez Zespół przekazane do NFZ w toku kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli str. 170-285)

Opis stanu faktycznego

1.4. SPZGiChP, na podstawie zawartych umów o pracę i kontraktów, dysponował wszystkimi osobami personelu medycznego wykazanymi w załączniku do umowy na AOS na 2015 r. („harmonogram zasoby”). Personel ten posiadał kwalifikacje zawodowe zgodne z zadeklarowanymi do NFZ.

Poradnie SPZGiChP, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie chorób płuc i gruźlicy⁸ oraz onkologii klinicznej spełniały, określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

³ Uchwała nr XXXVI/731/14 z 30 kwietnia 2014 r.

⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁵ Ujęte na kontach księgowych: środki trwałe, materiały i wyposażenie, pozostałe materiały medyczne.

⁶ Pulsoksymetr i aparat do badań gazometrycznych.

⁷ Wg dat likwidacji sprzętu i jego wyksięgowania z ewidencji środków trwałych.

⁸ Poradnie: Pulmonologiczna, Gruźlicy, Diagnostyki i Leczenia Bezdechu, Onkologiczna, Alergologiczna.

gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹, wymogi w zakresie kwalifikacji kadry lekarskiej i wyposażenia w niezbędny sprzęt medyczny.

(dowód: akta kontroli str. 170-228, 292-296)

Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc udzielających świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc wynosiła od 12 w 2012 r. (dziewięciu zatrudnionych na umowy o pracę – łącznie 0,35 etatu i trzech na podstawie kontraktów) do 17 w 2015 r. (12 - umowy o pracę – łącznie 0,35 etatu i pięciu – kontrakty). Ponadto, świadczenia w ww. zakresie były udzielane przez dwóch alergologów, z których jeden (w latach 2013 - I półrocze 2015 r.) odbywał specjalizację w dziedzinie chorób płuc. Struktura wiekowa tego personelu lekarskiego, według stanu na koniec I półrocza 2015 r., kształtowała się następująco: sześciu lekarzy w przedziale wiekowym 35-44 lata (zwiększenie o pięciu względem 2012 r.), trzech lekarzy – 45-54 lata (zmniejszenie liczby o jednego lekarza względem stanu z 2012 r.), ośmiu lekarzy – 55-64 lata (zwiększenie o trzech względem stanu z 2012 r.) oraz dwóch lekarzy w wieku powyżej 64 lat (zwiększenie o dwóch względem 2012 r.).

W badanym okresie porady specjalistyczne AOS w zakresie onkologii udzielane były przez czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii, w tym jednego w wieku od 35-44 lat, dwóch – 45-54 lat oraz jednego w wieku 55-64 lata.

(dowód: akta kontroli str. 318-325)

1.5. W latach 2012-2015 (I półrocze) w pięciu poradniach specjalistycznych Zespołu leczono ogółem 38.080 pacjentów, z tego:

- 9.203 w 2012 r. (w tym m.in.: 96 chorych na gruźlicę płuc, 879 na POChP i 1.632 z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc), którym wykonano 17.925 badań diagnostycznych (w tym: 1.524 spirometrii i 25 prób tuberkulinowych),
- 10.976 w 2013 r. (w tym m.in.: 95 na gruźlicę, 1.006 na POChP, 1.976 z nowotworem płuc), którym wykonano 37.300 badań diagnostycznych (w tym odpowiednio: 3.130 i 10),
- 11.523 w 2014 r. (w tym m.in.: 86 na gruźlicę, 1.039 na POChP, 1.955 z nowotworem płuc), którym wykonano 35.066 badań diagnostycznych (w tym: odpowiednio 1.703 i pięć),
- 6.378 w I półroczu 2015 r. (w tym: 63 na gruźlicę, 676 POChP, 1.091 z nowotworem płuc i dwóch z mukowiscydozą), którym wykonano 19.495 badań diagnostycznych (odpowiednio: 988 i sześć).

Liczba pacjentów poradni specjalistycznych w latach 2012-2015 (I półrocze) leczących się na wybrane choroby, w podziale na płeć oraz strukturę wiekową, przedstawiała się następująco:

- 1) gruźlica płuc – 208 kobiet i 141 mężczyzn (ogółem 340), a liczba pacjentów w przedziałach wiekowych wynosiła: 16-20 lat – pięć osób, 21-29 lat – 48, 30-39 lat – 60, 40-49 lat – 48, 50-59 lat – 63, 60-65 lat – 43 i powyżej 65 lat – 73,
- 2) POChP – 1.449 kobiet i 2.151 mężczyzn (ogółem 3.600) – najwięcej pacjentów (96,3%) było w przedziałach wiekowych: 50-59 lat – 710 osób, 60-65 lat – 770 i powyżej 65 lat – 1.986,
- 3) nowotwór płuca – 2.014 kobiet i 4.640 mężczyzn (ogółem 6.654) – najwięcej pacjentów (98,4%) było w przedziałach wiekowych: 50-59 lat – 1.563 osoby, 60-65 lat – 2.092 osoby i powyżej 65 lat – 2.893,

⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1442 - załącznik nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji”.

4) mukowiscydoza – dwie kobiety w wieku 30-39 lat.

W zakresie gruźlicy i chorób płuc, realizowanych przez trzy poradnie (gruźlicy, pulmonologiczną oraz diagnostyki i leczenia bezdechu sennego) udzielono łącznie 24.117 porad oraz przeprowadzono 62.242 badania diagnostyczne, w tym odpowiednio:

- 5.756 i 12.745 w 2012 r. (w tym: 1.524 spirometrycznych i 25 prób tuberkulinowych),
- 6.945 i 19.528 w 2013 r. (w tym odpowiednio: 2.836 i 10),
- 7.232 i 18.620 w 2014 r. (w tym odpowiednio: 1.404 i pięć),
- 4.184 i 11.349 w I półroczu 2015 r. (w tym odpowiednio: 833 i sześć).

Liczba porad udzielonych w poradni onkologicznej wyniosła ogółem 6.065, w tym 1.534 w 2012 r., 1.767 w 2013 r., 1.833 w 2014 r. i 931 w I półroczu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 326-330)

1.6. W latach 2012-2015 (do 30 czerwca) u 71 pacjentów poradni specjalistycznych wykryto gruźlicę na podstawie objawów chorobowych, a u jednego – na podstawie badań sekcyjnych. Nie wykryto natomiast przypadków gruźlicy wśród osób z grupy ryzyka, które miały kontakt z pacjentami poradni chorymi na gruźlicę, czy też na podstawie badań profilaktycznych lub innych. W ww. okresie w poradniach nie leczono cudzoziemców w zakresie gruźlicy i chorób płuc.

(dowód: akta kontroli str. 331-332)

1.7. W okresie objętym kontrolą pacjentom poradni wykonano ogółem 5.976 badań Rtg klatki piersiowej (1.594 w 2012 r., 1.384 w 2013 r., 1.771 w 2014 r. i 1.227 w I półroczu 2015 r.) oraz 376 badań USG (w tym: cztery badania USG płuc i 20 – opłucnej). Wykonano im również 951 badań tomografii komputerowej klatki piersiowej (zleconych podmiotom zewnętrznym), w tym: 794 w 2012 r., siedem w 2013 r., dwa w 2014 r. i 148 w I półroczu 2015 r. Zlecono również jedno badanie rezonansem magnetycznym. Pacjenci poradni kierowani byli także na badania w zakładzie diagnostyki laboratoryjnej, w którym liczba wykonanych im badań wyniosła ogółem 22.707, w tym:

- 2.683 w 2012 r. (w tym: biochemiczne – 1.430, hematologiczne – 449 i koagulologiczne – 94),
- 5.856 w 2013 r. (w tym odpowiednio: 3.965, 822 i 241),
- 7.225 w 2014 r. (w tym odpowiednio: 4.811, 1.066 i 323),
- 6.943 w I półroczu 2015 r. (w tym odpowiednio: 5.130, 837 i 224).

(dowód: akta kontroli str. 333-335)

1.8. W SPZGiChP funkcjonował Dział Diagnostyki Laboratoryjnej („DDL”), obejmujący m.in. pracownie: prątką gruźlicy oraz bakteriologii i hematologii z koagulologią. DDL posiadał aktualne certyfikaty Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątką oraz Centralnego Ośrodka Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej.

Pomieszczenia, urządzenia i kwalifikacje personelu DDL spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne¹⁰.

Oględziny wykazały m.in., że w DDL wydzielono i oznaczono pomieszczenia wymagane § 4 ww. rozporządzenia, tj. m.in. pomieszczenia główne (punkt przyjęć materiału do badań, pomieszczenia do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej), pomieszczenia specjalne (magazynowe) oraz socjalne. DDL wyposażono w aparaturę pomiarowo-badawczą, dostosowaną do

¹⁰ Dz. U. z 2004 r. Nr 43, poz. 408 ze zm.

wykonywanych badań, która posiadała aktualne, zgodne z zaleceniami producentów, przeglądy.

Personel DDL posiadał kwalifikacje zawodowe (m.in. tytuły diagnostów i techników laboratoryjnych) dostosowane do zajmowanych stanowisk (asystentów i techników analityki medycznej). Kierownik laboratorium posiadał ponadto tytuł specjalisty mikrobiologii.

(dowód: akta kontroli str. 47-140, 346-402)

1.9. W Zespole funkcjonowała, od kwietnia 2014 r., poradnia antynikotynowa, utworzona w ramach Poradni alergologicznej. Działalność jej finansowana była przez NFZ ze środków przekazanych na AOS. Koszty prowadzenia poradni wyniosły 1,1 tys. zł w 2014 r. i 0,9 tys. zł w I półroczu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 403)

1.10. Wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS wyniosła odpowiednio:

- 426,4 tys. zł i 444,4 tys. zł (104,2% wykonania kontraktu) w 2012 r.,
- 478,1 tys. zł i 528,7 tys. zł (110,6%) w 2013 r.,
- 543,8 tys. zł i 560,1 tys. zł (103,0%) w 2014 r.,
- 300,3 tys. zł i 355,4 tys. zł (118,3%) w I półroczu w 2015 r.

W latach 2012-2014 nadwykonania w ramach poszczególnych zakresów świadczeń wyniosły ogółem 90,1 tys. zł i wystąpiły w:

- alergologii, tj. przekroczone kontrakt o 20,0 tys. zł (o 30,7%) w 2012 r., 20,6 tys. zł (25,4%) w 2013 r. i 7,2 tys. zł (7,2%) w 2014 r.,
- gruźlicy i chorób płuc, przekroczenie kontraktu o 31,0 tys. zł (o 9,3%) w 2013 r. i 6,6 tys. zł (1,7%) w 2014 r.,
- onkologii, przekroczenie kontraktu o 2,3 tys. zł (o 4,6%) w 2012 r. i 2,4 tys. zł (3,9%) w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 404- 423)

Dyrektor SPZGiChP wyjaśnił, że Zespół nie ma możliwości zakontraktowania liczby świadczeń zgodnej z potrzebami mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego (dalej: „Województwo”). Przedkładane do NFZ propozycje planu finansowego na lata 2012-2014 każdorazowo uwzględniały potrzeby mieszkańców regionu, jednakże zatwierdzany przez Fundusz plan odbiegał od realnego zapotrzebowania. Możliwości diagnostyczne poradni są wyższe od zakontraktowanego poziomu. Zespół jest jedynym ośrodkiem referencyjnym w Województwie w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc, wyposażonym w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i posiadający wyspecjalizowaną kadrę medyczną. Trafiają tu przypadki ciężkie i trudne diagnostycznie, których ze względu na ratowanie życia nie należy limitować. Zdaniem Dyrektora, kontrakt Zespołu z NFZ, w porównaniu z ośrodkami posiadającymi mniej specjalistyczny sprzęt, jest niewspółmiernie niższy.

(dowód: akta kontroli str. 280-285)

Niepełne wykonania kontraktu wystąpiły w zakresie gruźlicy i chorób płuc (w 2012 r. w kwocie 4,2 tys. zł) oraz onkologii (w 2013 r. – 0,9 tys. zł) i wyniosły ogółem 5,1 tys. zł, co stanowiło 1,4% wartości zakontraktowanych świadczeń w tych zakresach.

Dyrektor SPZGiChP wyjaśnił, że spowodowane było to wzrostem poziomu finansowania w listopadzie danego roku, a Zespół w tak krótkim okresie nie zdołał zrealizować zwiększenia kontraktu (pierwotny kontrakt został zrealizowany).

(dowód: akta kontroli str. 280-285 i 404)

Zespół otrzymał zapłatę z NFZ za wszystkie świadczenia wykonane w latach 2012-2014 w ramach limitu kontraktu. Z nadlimitów w kwocie 84,9 tys. zł¹¹ NFZ zapłacił 25,4 tys. zł na podstawie ugód sądowych. Za I półrocze 2015 r. Zespół wystawił NFZ faktury za wykonane świadczenia zdrowotne na kwotę 273,9 tys. zł, która została przez NFZ zapłacona terminowo, tj. do 14 dni od dostarczenia mu dokumentów rozliczeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 424-426)

W latach 2012-2015 (I półrocze) SPZGiChP złożył do NFZ siedem wniosków o zwiększenie poziomu finansowania świadczeń AOS na łączną kwotę 246,5 tys. zł, z których dwa uwzględniono w całości, a dwa – częściowo (na łączną kwotę 100,7 tys. zł). Nieuwzględnianie wniosków przez NFZ wynikało m.in. z braku środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 427)

1.11. W SPZGiChP prowadzono w formie elektronicznej ewidencję jednostkowych kosztów procedur medycznych. Koszty procedur ewidencjonowano w aplikacji „SakPro”, na podstawie danych finansowych z Działu Finansowo-Księgowego i danych statystycznych z aplikacji „CliniNET” obsługującej część medyczną. W badanym okresie SPZGiChP przeprowadził analizę opłacalności w zakresie jednej procedury - bronchoskopii. Koszt jej realizacji w ramach przychodni pulmonologicznej w ww. okresie wynosił od 319,93 zł do 344,47 zł, a wg wyceny NFZ był on niższy i wynosił 260,40 zł.

Kierownik Sekcji Analiz i Rozliczeń wyjaśnił, że SPZGiChP nie może prowadzić analiz opłacalności w zakresie wszystkich procedur medycznych, gdyż płatność NFZ odbywa się na podstawie rozpoznania „ICD X”, i obejmuje ogół kosztów pobytu pacjenta łącznie, bez wyszczególnienia wartości poszczególnych pozycji (osobodzień, leki i procedury medyczne). Wyjątek stanowi procedura bronchoskopii, za którą NFZ dokonuje indywidualnie oznaczonej płatności.

(dowód: akta kontroli str. 277-279, 428-435)

1.12. Średni koszt leczenia jednego pacjenta w poradniach w zakresie: gruźlicy i chorób płuc wynosił od 57 zł (w 2013 r.) do 66 zł (I półrocze 2015 r.), onkologii - od 42 zł (w 2012 r.) do 74 zł (w I półroczu 2015 r.) oraz alergologii - od 59 zł (w 2013 r. i 2014 r.) do 68 zł (w I półroczu 2015 r.)

(dowód: akta kontroli str. 436)

Ocena cząstkowa

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

2. Dostępność świadczeń specjalistycznych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz nowotworów płuc

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2012-2015 (I półrocze) przyjęcia pacjentów do poradni specjalistycznych Zespołu nie odbywały się na bieżąco (występowały kolejki oczekujących). Na koniec 2012 r., 2013 r. i 2014 r. oraz czerwca 2015 r., według przekazanych do NFZ raportów list oczekujących, na udzielenie świadczeń AOS w zakresie:

- gruźlicy i chorób płuc oczekiwało odpowiednio: 144 osoby (37 dni¹²), 198 osób (21 dni), 463 osoby (40 dni) i 587 osób (66 dni),
- onkologii – odpowiednio: 35 osób (10 dni), 16 osób (15 dni), 32 osoby (12 dni) i dwie osoby (22 dni),

¹¹ Kwota po uwzględnieniu niewykonanych (5,1 tys. zł).

¹² Średni czas oczekiwania podany dla przypadków stabilnych.

- alergologii – odpowiednio: 40 osób (30 dni), 69 osób (32 dni), 153 osoby (36 dni) i 186 osób (49 dni).

Na ww. listach ujęto ogółem 1.925 osób, w tym osiem zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”, dla których średni czas oczekiwania wynosił od czterech do siedmiu dni.

Jako przyczyny powstania kolejek Dyrektor SPZGiChP wymienił m.in. nieuwzględnianie referencyjności poradni w kontraktowaniu świadczeń oraz niedostateczne ich finansowanie przez NFZ w stosunku do potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu.

(dowód: akta kontroli str. 437-469)

Do poradni gruźlicy oczekiwało w ww. okresach od pięciu do 12 osób. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że mogło to dotyczyć pacjentów oczekujących na okresową ocenę zmian w obrębie klatki piersiowej.

(dowód: akta kontroli str. 437 i 470-473)

2.2. W Zespole opracowano zasady prowadzenia list oczekujących w poradniach i na oddziałach szpitalnych, zatwierdzone przez Dyrektora w dniu 18 grudnia 2012 r. Określały one m.in.: stanowiska pracy odpowiedzialne za prowadzenie list, obowiązek informowania wpisanego na listę pacjenta o terminie udzielenia świadczenia (wraz z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu), zakres danych umieszczanych na liście przez pracownika medycznego właściwej komórki organizacyjnej Zespołu (m.in. rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres i telefon pacjenta, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, data i przyczyna skreślenia pacjenta z listy) oraz zasady ocen tych list. W procedurze określono również m.in., że:

- na listach umieszcza się pacjentów zaliczanych do kategorii medycznych: „tryb nagły” lub „przyjęcie planowe”, mających wpływ na termin realizacji świadczenia,
- zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy poradni i oddziału szpitalnego, a wpisanie na listę odbywa się w dniu zgłoszenia,
- zmiana terminu udzielenia świadczenia, wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, odnotowywana jest na liście oczekujących,
- skreślenia z listy dokonuje się na wniosek pacjenta, w przypadku niestawienia się w wyznaczonym dniu, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia, a na liście odnotowuje się datę i przyczynę skreślenia.

Zasady prowadzenia list oczekujących określone zostały również w Regulaminie organizacyjnym Zespołu (§25 – Kolejność udzielania świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 47-140 i 474-483)

W okresie objętym kontrolą rejestracja pacjentów odbywała się każdego dnia w godzinach pracy poradni. Zgodnie z procedurą z 18 grudnia 2012 r. osobami odpowiedzialnymi za wpisywanie pacjentów na listy oczekujących były rejestratorki w przychodniach, a zadania dotyczące prowadzenia list ujęto w zakresie obowiązków jednej z takich rejestratorek medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 474-478, 465-469 i 484-486)

Stosownie do art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³ (dalej: „ustawa o świadczeniach zdrowotnych”), Zespół pisemnie informował pacjenta o terminie udzielenia świadczenia, odnotowując to na jego skierowaniu do poradni.

¹³ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

W sprawie powiadamiania pacjentów o ewentualnych zmianach wyznaczonych terminów Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że występowały one sporadycznie i wynikały m.in. z awarii sprzętu diagnostycznego, o czym pacjenci powiadamiani byli telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 484-485)

2.3. Badanie prowadzonych w systemie informatycznym Zespołu „CliniNET” list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r., wykazało m.in., że zawierały one dane określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 i pkt 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz w §8 ust. 1 pkt 1-8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.¹⁴, tj. m.in. datę i godzinę wpisu na listę, dane osobowe pacjenta, rozpoznanie lub powód przyjęcia, kwalifikację do kategorii medycznej (tj. przypadek pilny lub stabilny). Nie odnotowano na nich ewentualnych zmian terminów udzielenia.

(dowód: akta kontroli str. 488-493)

Ustalone
nieprawidłowości

W listach oczekujących za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r. nie wypełniono wszystkich pozycji, tj. w przypadku zapisanych w tych listach 98,7% pacjentów nie wypełniono pozycji dotyczących „rozpoznania lub powodu przyjęcia” oraz odpowiednio w 77,0% przypadków – „przyczyny skreślenia”, w 50,4% – „osoby wpisującej na kolejkę”, a w przypadku 5% pacjentów – brakowało adresu zamieszkania.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że było to spowodowane po części błędem ludzkim, nieczytelnymi skierowaniami, niedoskonałością systemu informatycznego oraz rotacją kadry (nagle zwolnienia).

(dowód: akta kontroli str. 489-493 i 470-473)

Skreślenia na listach oczekujących nie były dokonywane na bieżąco. Spośród 775 osób ujętych na nich na 30 czerwca 2015 r.:

- 169 osób, tj. 21,8% (w tym: 164 oczekujących na świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc i 4 – alergologii) skreślono po ponad roku od upływu planowanego terminu wykonania świadczenia, w tym 164 skreślono w listopadzie 2015 r. (tj. w trakcie kontroli NIK),
- nie skreślono 187 osób, tj. 24,1% (w tym: 30 oczekujących na świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc i 157 – alergologii), pomimo że planowany termin ich przyjęcia już upłynął, w tym: 122 osoby, których terminy przyjęć upłynęły w latach 2011-2014.

W systemie informatycznym Zespołu jako powody ww. skreśleń podano: niezgłoszenie się na ustalony termin (siedem skreśleń), inna przyczyna (162 skreślenia). W systemie tym odnotowano także, że 41 osób nieskreślonych z listy powiadomiło Zespół o rezygnacji.

Niedokonywanie skreśleń osób, które m.in. zrezygnowały z porady lub nie stawiały się w wyznaczonym terminie było niezgodne z §25 pkt 11 Regulaminu organizacyjnego¹⁵ Zespołu i skutkowało przekazywaniem do NFZ niezgodnych ze stanem faktycznym danych w zakresie liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (w rzeczywistości kolejki i czas oczekiwania były krótsze).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że nieskreślanie z list na bieżąco osób oczekujących wynikało z błędu ludzkiego, rotacji kadry i niedoskonałości

¹⁴ 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.).

¹⁵ Obowiązek skreślania osób oczekujących z list wynikał z art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz §8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r.

systemu informatycznego, a w Zespole podjęto już działania naprawcze w celu uporządkowania list.

(dowód: akta kontroli str. 62-63, 437, 470-473, 494-499 i 516-518)

Opis stanu
faktycznego

W trakcie kontroli NIK Zespół skorygował listy oczekujących i na 16 grudnia 2015 r. w ramach poszczególnych zakresów świadczeń oczekiwało: gruźlica i choroby płuc – 92 osoby (495 mniej w porównaniu do stanu na 30 czerwca 2015 r.), alergologia – osiem osób (178 mniej) i onkologia – 0 (dwie osoby mniej).

(dowód: akta kontroli str. 455-464 i 494-496)

2.4. W okresie objętym kontrolą w SPZGiChP funkcjonował Zespół oceny przyjęć pacjentów, powołany 23 stycznia 2012 r. przez Dyrektora na podstawie art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Zespół ten przeprowadzał co miesiąc oceny list oczekujących, m.in. pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, przedstawiając Dyrektorowi pisemne raporty.

(dowód: akta kontroli str. 484-485 i 500-509)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w sporządzonych raportach Zespół oceny przyjęć nie odnotował nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących na AOS, pomimo że wpisy na nich były niekompletne, a skreśleń nie dokonywano na bieżąco (w raportach odnotowano, że księgi oczekujących prowadzone były zgodnie z zarządzeniem Dyrektora).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, będący Przewodniczącym Zespołu oceny przyjęć wyjaśnił, że: *„Wynikało to z przeoczenia członków Zespołu. Na dzień dzisiejszy dokonano uporządkowania list w komórkach organizacyjnych AOS i oddziałów szpitalnych (dokonano skreśleń pacjentów, którym wykonano już świadczenia lub nie zgłosili się na nie). Do zakresów obowiązków personelu Zespołu dodano odpowiedzialność za prowadzenie list oczekujących, zmodyfikowano zarządzenie dotyczące członków zespołu (dodano do niego kierownika AOS). W najbliższym czasie zostanie również zmodyfikowana procedura dotycząca zasad prowadzenia list oczekujących.”*

(dowód: akta kontroli str. 489-499 i 504-513)

Opis stanu
faktycznego

W SPZGiChP podejmowano działania dyscyplinujące w kierunku prawidłowego prowadzenia list oczekujących. Pismami z 12 listopada 2013 r. i 14 kwietnia 2014 r. Dyrektor oraz Zastępca Dyrektora ds. Medycznych informowali pracowników Zespołu (m.in. rejestratorki i sekretarki medyczne) o obowiązku bieżącego wprowadzania do systemu informatycznego pełnych danych osób wpisywanych na listę, tzn. imienia i nazwiska, nr pesel, daty wpisania w kolejkę, daty planowanego przyjęcia oraz imienia i nazwiska lekarza decydującego o wpisie.

(dowód: akta kontroli str. 514-515)

2.5. W latach 2012-2015 (I półrocze) Zespół, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z §8 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r., przekazywał elektronicznie do NFZ dane dotyczące oczekujących na AOS oraz na leczenie szpitalne, tj. m.in. liczbę oczekujących, średni czas oczekiwania, liczbę osób skreślonych z listy, daty okresowych ocen list. Analiza przekazanych do NFZ raportów list oczekujących za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r. (AOS i leczenie szpitalne) wykazała, że w zakresie wykazanej liczby osób były one zgodne z danymi wynikającymi z list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 516-518)

Przekazane do NFZ za lata 2012-2015 (I półrocze) daty okresowych ocen list oczekujących na AOS i leczenie szpitalne dokonanych przez Zespół oceny przyjęć były niezgodne, poza trzema raportami, z rzeczywistymi datami ich przeprowadzenia.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że „Lista jest zamykana na ostatni dzień miesiąca i wysyłana do NFZ w terminie 10 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego. Zespół ocenia listę przynajmniej raz w miesiącu w terminie dogodnym dla jego członków. Nie zawsze jest to termin pierwszych 10 dni kolejnego miesiąca, a wysyłając raporty z oceny list do NFZ należy podać już datę oceny. Dlatego też została uruchomiona funkcja ustawiania jej na ostatni dzień miesiąca sprawozdawczego. Po wysłaniu raportu nie ma możliwości jego modyfikacji.”

(dowód: akta kontroli str. 465-469, 504-505 i 519-544)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że spośród 42 przesłanych raportów, osiem (19,0%) przekazano do NFZ od jednego do 19 dni po terminie określonym w §8 ust. 4 pkt 1 ww. rozporządzenia.

Kierownik Sekcji Analiz i Rozliczeń wyjaśnił, że w przeważającej części przyczynami opóźnień były awarie systemów informatycznych Zespołu, konieczność aktualizacji własnego oprogramowania i błędów wynikłych z tych aktualizacji, a także narzucone przez NFZ zmiany formatów przekazywania danych, które zmuszały do modyfikacji systemu informatycznego SPZGiChP.

(dowód: akta kontroli str. 277-279 i 516-517)

Opis stanu faktycznego

2.6. W okresie objętym kontrolą Zespół nie korzystał ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Otrzymał natomiast z Programu Współpracy Transgranicznej Litwa-Polska-Rosja 2007-2013 dofinansowanie m.in. na zakup specjalistycznej aparatury medycznej. Wartość projektu pn. „Zdrowe płuca dla wszystkich”, realizowanego przez Zespół w latach 2012-2014, wyniosła 2.196,6 tys. zł (100% wydatków kwalifikowalnych), w tym: 1.977,0 tys. zł stanowiło dofinansowanie ze środków Europejskiego Instrumentu Sąsiedztwa i Partnerstwa, a 219,6 tys. zł – środki własne. W ramach projektu zakupiono, w marcu i czerwcu 2013 r., aparaturę medyczną o łącznej wartości 230,7 tys. zł (z czego 207,6 tys. zł stanowiło dofinansowanie), tj.: respirator, na którym wykonano do I półrocza 2015 r. 64 badania (100% badań wykonano na potrzeby AOS), aparat Rtg – 280 badań (100% badań wykonano na potrzeby leczenia szpitalnego), bronchoskop – 920 badań (100% leczenie szpitalne), dwa elektrokardiografy – po 1.890 badania na potrzeby AOS i leczenia szpitalnego oraz kardiomonитор – 610 badań (100% leczenie szpitalne). Na aparaturze tej nie wykonywano badań na rzecz innych jednostek ochrony zdrowia, ani badań odpłatnych. Wartość badań na zakupionym bronchoskopie, wykonanych w ramach umowy z NFZ, wyniosła do końca I półrocza 2015 r. ogółem 450,9 tys. zł (w przypadku pozostałych urządzeń Zespół nie posiadał możliwości wyodrębnienia wartości wykonanych na nich badań).

Dyrektor wyjaśnił, że zakupiony sprzęt zastąpił zdekapalizowaną aparaturę. Sprzęt ten jest wyższej generacji i zastosowano w nim nowocześniejsze rozwiązania diagnostyczne. Przykładowo, połączenie bronchoskopii konwencjonalnej z autofluorescencyjną pozwoliło podnieść wskaźnik rozpoznania zmian przedinwazyjnych w stosunku do badania wyłącznie w białym świetle. Bronchoskopia autofluorescencyjna jest w diagnostyce zmian przedrakowych i wczesnych postaci raka około trzykrotnie bardziej czuła od konwencjonalnej. Stosując nowocześniejszy wysokospecjalistyczny sprzęt uzyskano w krótszym czasie zakładane efekty diagnostyczne, w związku z tym miało to wpływ na zmniejszenie się liczby oczekujących i obniżenie kosztów diagnostyki.

(dowód: akta kontroli str. 545-550)

Ocena cząstkowa

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

3. Realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gruźlicy płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby układu oddechowego oraz chorób nowotworowych układu oddechowego na podstawie umów zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą SPZGiChP udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne na podstawie umowy z NFZ z 30 grudnia 2011 r. (ze zmianami), zawartej w zakresie chorób płuc oraz onkologii klinicznej. Świadczenia te realizowane były przez następujące komórki organizacyjne Zespołu:

- Oddział pulmonologiczny z pododdziałem alergologii oddechowej¹⁶, Klinika pulmonologii z oddziałem pulmonologicznym, Oddział pulmonologiczny z pododdziałem gruźlicy, w zakresie chorób płuc,
- Oddział onkologii z pododdziałem chemioterapii w zakresie onkologii klinicznej.

(dowód: akta kontroli str. 551-621)

3.2. W załączniku „Harmonogram – zasoby” do umowy na leczenie szpitalne na 2015 r. SPZGiChP wykazał ogółem:

- 71 szt. różnego rodzaju urządzeń i sprzętu, z których 67 było faktycznie użytkowanych w ramach realizacji ww. umowy i ujętych w ewidencji księgowej,
- 102 osoby personelu medycznego, z których 97 osób, na dzień zawarcia ww. umowy, pozostawało w zatrudnieniu na podstawie umów o pracę i kontraktów zawartych przez SPZGiChP.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w okresie od kwietnia do sierpnia 2014 r., tj. przed dniem zawarcia umowy z NFZ, w czterech przypadkach sprzęt wykazany w umowie z NFZ¹⁷ (5,6% ich ogółu) został wycofany z użytkowania i zastąpiony innymi równoważnymi urządzeniami. W umowie tej SPZGiChP zadeklarował ponadto dysponowanie pięcioma osobami personelu (pielęgniarkami), z którymi rozwiązano umowy o pracę w okresie poprzedzającym zawarcie umowy na rok 2015, tj. od stycznia 2012 r. do października 2014 r.

Według wyjaśnień Kierownika Sekcji Analiz i Rozliczeń przekazanie do NFZ nieaktualnych danych o sprzęcie i personelu medycznym wynikało z nieprzekazywania danych o wymianie sprzętu i zmianach w zatrudnieniu odpowiednio przez Dział Obsługi Szpitala i pracowników kadr. Z wyjaśnień Dyrektora Zespołu wynikało m.in., że przyczyną nieprzekazywania do Sekcji Analiz i Rozliczeń informacji dotyczących zmian personelu i użytkowanego sprzętu było przeoczenie.

Należy odnotować, że jeszcze w toku kontroli NIK, dokonano zgłoszenia aktualizującego do umowy z NFZ na leczenie szpitalne w zakresie danych o faktycznie wykorzystywanym sprzęcie i personelu medycznym.

Opis stanu faktycznego

Oddziały SPZGiChP udzielające świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dotyczące gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii klinicznej¹⁸ spełniały wymogi określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹, w zakresie minimalnej obsady i kwalifikacji kadry lekarskiej, wyposażenia w niezbędny sprzęt medyczny oraz zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.

¹⁶ Z dniem 1 października 2015 r. zmieniono nazwę na Oddział alergologiczno pulmonologiczny.

¹⁷ Dwa polisomnografy, aparat do badań gazometrycznych oraz aparat EKG.

¹⁸ Oddziały: Klinika Pulmonologii z Oddziałem Pulmonologicznym, Oddział Pulmonologiczny z Oddziałem Alergologii Oddechowej, Pulmonologiczny z Pododdziałem Gruźlicy Płuc, Onkologiczny z Pododdziałem chemioterapii

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm. – załącznik nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Odnotowania wymaga natomiast, że w umowie zabezpieczającej usługi konsultacji i poradnictwa psychologicznego na rzecz pacjentów SPZGiChP nie określono minimalnej liczby godzin świadczenia usług psychologa, w sytuacji gdy w załączniku nr 3 do ww. rozporządzenia wymagano, aby w przypadku Oddziału onkologicznego były one świadczone w wymiarze stanowiącym równoważnik co najmniej 0,5 etatu.

Dyrektor SPZGiChP wyjaśnił, że ww. umowie nie zamieszczono odniesienia do rozmiaru etatu, pozostawiając SPZGiChP jako zleceniodawcy pewną swobodę w zakresie ilości i czasu trwania porad i konsultacji psychologicznych, przy czym rzeczywisty czas świadczenia usług przekraczał równoważnik 0,5 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 170-317)

Opis stanu
faktycznego

3.3. Liczba lekarzy zatrudnionych na oddziałach SPZGiChP, w których udzielano świadczeń w trybie hospitalizacji w zakresie gruźlicy i chorób płuc²⁰ wynosiła od 18 w 2012 r. (w tym 12 na podstawie umów o pracę na łącznie 11,65 etatu i sześciu na kontraktach) do 24 w I półroczu 2015 r. (15 na umowy o pracę – łącznie 14,65 etatu i dziewięciu na kontraktach). Według stanu na 31 grudnia 2012 r. wskazany personel lekarski obejmował czterech lekarzy w wieku od 35 do 44 lat, pięciu – od 45 do 54 lat i dziewięciu w wieku od 55 do 64 lat. Natomiast na koniec badanego okresu (30 czerwca 2015 r.) zmiana struktury wiekowej personelu nastąpiła w przedziałach wiekowych: poniżej 35 lat – trzy osoby, 35-44 lata – sześć osób, 45-54 lata – cztery osoby, a także powyżej 64 roku życia – dwie osoby. Liczba lekarzy w przedziale wiekowym 55-64 lata nie uległa natomiast zmianie.

Liczba zatrudnionych na ww. oddziałach lekarzy, którzy posiadali specjalizacje w dziedzinie chorób płuc wynosiła od 14 osób w 2012 r. (w tym 10 osób na podstawie umów o pracę - 9,65 etatu i cztery na podstawie kontraktów) do 16 w I półroczu 2015 r. (w tym 11 osób na podstawie umów o pracę – 10,65 etatu i pięć – na podstawie kontraktów). Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc w ww. okresie uległa zwiększeniu z dwóch osób w 2012 r. do sześciu w I półroczu 2015 r. W całym badanym okresie w ramach oddziałów zajmujących się leczeniem gruźlicy i chorób płuc zatrudniano ponadto, na podstawie kontraktów, dwóch lekarzy alergologów.

Na Oddziale Onkologicznym z Pododdziałem Chemioterapii zatrudnionych było od ośmiu lekarzy w 2012 r. (siedmiu – umowy o pracę – 6,3 etatu, jeden – kontrakt) do 10 w I połowie 2015 r. (siedmiu – umowy o pracę – 6,85 etatu i trzech – kontrakt). Struktura wiekowa lekarzy w 2012 r. przedstawiała się następująco: jeden w wieku poniżej 35 lat, czterech – 35-44 lata, dwóch – 45-54 lata, jeden – 55-64 lata. Według stanu na koniec I półrocza 2015 r. struktura wiekowa zatrudnionych lekarzy uległa zmianie jedynie w przedziale wiekowym poniżej 35 lat – liczba lekarzy zwiększyła się do trzech.

W 2012 r. na Oddziale Onkologicznym zatrudnionych było czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej (3,3 etatu) i czterech lekarzy w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie. Według stanu na I półrocze 2015 r. zwiększeniu uległa liczba lekarzy specjalistów onkologii klinicznej - do pięciu (trzech na umowy o pracę – 2,85 etatu i dwóch na kontrakcie), jak i lekarzy w trakcie specjalizacji – pięciu (cztery etaty i jeden kontrakt).

(dowód: akta kontroli str. 622-630)

²⁰ Klinika Pulmonologii – Oddział Pulmonologiczny, Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Gruźlicy, Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Alergologii.

3.4. W latach 2012-2015 (I półrocze) liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła ogółem 27.076, z tego:

- 7.479 w 2012 r., w tym 192 pacjentów leczonych na gruźlicę, 141 – POChP, jeden – mukowiscydozę i 2.870 – z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc (w tym 2.679 na oddziale onkologicznym),
- 7.536 w 2013 r., w tym odpowiednio: 172, 156, 2 i 2.820 pacjentów (w tym 2.633 na oddziale onkologicznym),
- 7.896 w 2014 r., w tym odpowiednio: 165, 118, 1 i 2.693 pacjentów (w tym 2.513 na oddziale onkologicznym),
- 4.165 w I półroczu 2015 r., w tym odpowiednio: 57, 96, jeden i 1.290 pacjentów (w tym 1.200 na oddziale onkologicznym).

Liczba hospitalizowanych pacjentów w latach 2012-2015 (I półrocze) leczących się na wybrane choroby, w podziale na płeć oraz strukturę wiekową, przedstawiała się następująco:

- gruźlica płuc – 167 kobiet i 419 mężczyzn (ogółem 586 osób), a liczba pacjentów w ramach poszczególnych przedziałów wiekowych wynosiła: 16-20 lat – trzy osoby, 21-29 lat – 34, 30-39 lat – 60, 40-49 lat – 93, 50-59 lat – 143, 60-65 lat – 93 i powyżej 65 lat - 160,
- POChP – 192 kobiety i 319 mężczyzn (ogółem 511 osób) – najwięcej pacjentów (97,7%) było w wieku: 50-59 lat – 56 osób, 60-65 lat – 115 i powyżej 65 lat – 328,
- nowotwór płuca – 2.824 kobiety i 6.849 mężczyzn (ogółem 9.673 osób) – najwięcej pacjentów (98,2%) było w wieku: 50-59 lat – 1.945 osób, 60-65 lat – 3.085 osób i powyżej 65 lat – 4.471,
- mukowiscydoza – ogółem pięć osób, w tym trzy kobiety w wieku 16-29 lat, jedna kobieta w wieku 30-39 lat i jeden mężczyzna w wieku 21-29 lat.

(dowód: akta kontroli str. 631-633)

3.5. W latach 2012-2015 (I półrocze) badaniami diagnostycznymi objęto łącznie 7.313 hospitalizowanych pacjentów, w tym 5.978 w zakresie spirometrii, a siedmiu wykonano próby tuberkulinowe. Pacjentom tym wykonano m.in. 10.102 badań Rtg klatki piersiowej, 9.564 badania USG (w tym 132 – płuc i 1.539 – opłucnej), 415.434 badań laboratoryjnych (w tym: biochemiczne – 251.609, hematologiczne – 29.662 i koagulologiczne – 23.889). Wykonano im również m.in. 6.499 badań tomografii komputerowej klatki piersiowej, 938 biopsji płuca pod kontrolą CT, 61 badań rezonansem magnetycznym oraz 23.720 badań patomorfologicznych (w tym: histologiczne 12.232 i cytologiczne – 11.338). Badania w tym zakresie zlecono podmiotom zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 335-345 i 631)

3.6. W badanym okresie wystąpiło siedem przypadków samowolnego przerwania hospitalizacji przez pacjentów leczonych na gruźlicę, przy czym żaden z nich nie prątkował. O fakcie przerwania leczenia SPZGiChP informował poradnie gruźlicy i chorób płuc właściwe dla miejsca zamieszkania pacjentów, przekazując im egzemplarz karty informacyjnej.

Do końca 2013 r. SPZGiChP prowadził Wojewódzki rejestr osób chorych na gruźlicę, w którym bezpośrednio, tj. bez sporządzania formularza zgłoszenia ZLK-2 ujmowano dane o osobach, u których wykryto gruźlicę. W okresie od 2014 r. do I połowy 2015 r. w przypadku wszystkich 33 osób, u których stwierdzono gruźlicę sporządzone zgłoszenia ZLK-2 przekazano do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie.

(dowód: akta kontroli str. 634-643)

3.7. Koszty leczenia pacjentów chorych na gruźlicę kształtowały się na poziomie od 2.458.710 zł w 2012 r. (z czego: 1.542.750 zł stanowiły koszty leczenia nowych zachorowań, a 50.194 zł koszty leczenia pacjentów po przerwaniu leczenia) do 2.389.920 zł (z czego: 1.657.695 – koszty leczenia nowych zachorowań, a 54.181zł – koszty po przerwaniu leczenia). W I półroczu 2015 r. koszty leczenia pacjentów chorych na gruźlicę wyniosły 996.151 zł (z czego: 719.017 zł stanowiły koszty leczenia nowych zachorowań, a 21.366 zł – koszty leczenia pacjentów po przerwaniu leczenia).

Średni okres leczenia przeciwprątkowego wykazywał tendencję spadkową od 75 dni w 2012 r. do 71 dni w I połowie 2015 r. Zmniejszenie średniego okresu leczenia przeciwprątkowego z 82 dni w 2012 r. do 77 dni w I półroczu 2015 r. dotyczyło grupy pacjentów, u których po raz pierwszy rozpoznano gruźlicę płuc. W przypadku pacjentów po przerwaniu leczenia, średni okres leczenia uległ natomiast wydłużeniu z 71 dni w 2012 r. do 128 dni w 2014 r.²¹

(dowód: akta kontroli str. 644-647)

3.8. Świadczeń w trybie hospitalizacji w zakresie chorób nowotworowych, w tym nowotworu płuc, udzielano w ramach Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem Chemioterapii, który dysponował 30 łózkami. Wskaźnik ich wykorzystania wynosił od 61,5% (wg stanu na koniec 2014 r.) do 67,2% (na 30 czerwca 2015 r.). Średnie zatrudnienie lekarzy w tym oddziale wynosiło od siedmiu osób w 2012 r. do ośmiu w I połowie 2015 r.

Liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym płuca, leczonych na ww. Oddziale w 2014 r. wynosiła 2.513 osób i była niższa względem roku 2012 o 166 osób. Liczba leczonych z nowotworem złośliwym płuca w I połowie 2015 r. wyniosła 1.200 osób (47,8% leczonych w 2014 r.). Koszty leczenia tej grupy pacjentów w roku 2014 wyniosły 5.851.755 zł i były wyższe niż w latach poprzednich, tj. odpowiednio o 629.661 zł w stosunku do 2012 r. i 148.937 zł względem 2013 r. Koszty leczenia pacjentów z nowotworem złośliwym płuca wyniosły w I połowie 2015 r. 3.030.706 zł, co stanowiło 51,8% kosztów z 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 648-649)

3.9. POCHP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego leczono na trzech oddziałach SPZGiChP, tj. Oddziale Pulmonologii z Pododdziałem Alergologii Oddechowej, Oddziale Pulmonologicznym z Pododdziałem Gruźlicy oraz Klinice Pulmonologii – Oddział Pulmonologiczny. Dysponowały one łącznie 145 łózkami, a stopień ich wykorzystania w poszczególnych oddziałach²² mieścił się w przedziale od 66,7% do 74,7% na koniec 2012 r. oraz od 54,2% do 80,1% na 30 czerwca 2015 r. Średnie zatrudnienie lekarzy na ww. oddziałach wynosiło od dwóch do sześciu osób w 2012 r. oraz od trzech do 10 osób w I półroczu 2015 r.

W SPZGiChP nie funkcjonował pododdział leczenia niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Podjęto jednak działania w celu stworzenia warunków do wdrożenia metody nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrzeniu POCHP. W tym celu m.in. wystąpiono do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów jego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zakres proponowanych zmian obejmował umożliwienie rozliczania z NFZ intensywnej opieki, w tym nieinwazyjnej wentylacji przez szpitale, które nie posiadają oddziałów intensywnej opieki medycznej, a jedynie stanowisko intensywnej terapii. Opracowano także strategię rozwoju SPZGiChP na lata 2016-2020 (dalej „strategia rozwoju”), w której

²¹ W I półroczu 2015 r. nie wystąpiły przypadki leczenia przeciwprątkowego pacjenta po przerwaniu leczenia.

²² liczba osobodni / liczba łóżek x 365.

przewidziano m.in. utworzenie bloku operacyjnego, oddziału torakochirurgii i oddziału intensywnej terapii ze stanowiskami do leczenia pacjentów w stanach zagrożenia życia, co umożliwiłoby realizację procedur nieinwazyjnej wentylacji w ramach umów z NFZ.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podał m.in., że SPZGiChP posiada urządzenia do stosowania sztucznej wentylacji, zarówno inwazyjnej jak i nieinwazyjnej, tj.: respirator transportowy i respirator stacjonarny (przy łóżku intensywnej terapii). Okresowo w posiadaniu Zespołu są urządzenia do nieinwazyjnej wentylacji, nieopłatnie użyczane przez firmę zewnętrzną, a personel medyczny SPZGiChP posiada przeszkolenie do stosowania tej metody. Przewidziane w strategii rozwoju utworzenie oddziału intensywnej terapii pozwoli realizować nieinwazyjną wentylację za finansowaniem NFZ za osobodzień.

(dowód: akta kontroli str. 650-672)

3.10. Wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne²³ wyniosła odpowiednio:

- 13.528,0 tys. zł i 14.278,4 tys. zł (105,5%) w 2012 r., w tym choroby płuc – 12.469,6 tys. zł i 13.199,5 tys. zł, onkologia – 550,1 tys. zł i 570,5 tys. zł,
- 14.414,8 tys. zł i 14.861,2 tys. zł (103,1%) w 2013 r., w tym choroby płuc – 12.569,5 tys. zł i 12.740,6 tys. zł, onkologia – 1.209,9 tys. zł i 1.485,2 tys. zł,
- 14.570,6 tys. zł i 15.697,6 tys. zł (107,7%) w 2014 r., w tym choroby płuc – 12.773,4 tys. zł i 13.661,0 tys. zł, onkologia – 1.212,8 tys. zł i 1.452,5 tys. zł,
- 7.434,8 tys. zł i 7.858,7 tys. zł (105,7%) w I półroczu 2015 r., w tym choroby płuc – 6.551,8 tys. zł i 6.801,0 tys. zł, onkologia – 593,4 tys. zł i 768,1 tys. zł.

W latach 2012-2014 nadwykonania w ramach chorób płuc i onkologii klinicznej wyniosły ogółem 2.324,2 tys. zł, w tym w:

- chorobach płuc – przekroczenie kontraktu o 729,9 tys. zł (o 5,9%) w 2012 r., 171,1 tys. zł (1,4%) w 2013 r. i 887,5 tys. zł (6,9%) w 2014 r.,
- onkologii klinicznej – przekroczenie kontraktu o 20,5 tys. zł (o 3,7%) w 2013 r., 275,3 tys. zł (o 22,8%) w 2013 r. i 239,9 tys. zł (19,8%) w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 673-686)

Dyrektor SPZGiChP wyjaśnił, że Zespół nie ma możliwości zakontraktowania liczby świadczeń zgodnej z potrzebami mieszkańców województwa. Przedkładane do NFZ propozycje planu finansowego na lata 2012-2014 każdorazowo uwzględniały potrzeby mieszkańców regionu, jednakże zatwierdzany przez NFZ plan odbiegał od realnego zapotrzebowania. Możliwości szpitala są większe (obłożenie łóżek wynosi ok. 70%). Ustawa o świadczeniach zdrowotnych nakłada na Zespół obowiązek przyjmowania pacjentów w stanach zagrożenia życia, mimo przekroczenia limitów przewidzianych umową z NFZ. SPZGiChP jest jedynym ośrodkiem referencyjnym w regionie w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc, wyposażonym w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i wyspecjalizowaną kadrę medyczną. Trafiają tu przypadki ciężkie i trudne diagnostycznie, których ze względu na ratowanie życia nie należy limitować.

(dowód: akta kontroli str. 580-585)

Zespół otrzymał zapłatę z NFZ za wszystkie świadczenia wykonane w latach 2012-2014 w ramach limitu kontraktu. Za nadlimity w zakresie chorób płuc i onkologii o łącznej wartości 2.324,2 tys. zł NFZ zapłacił 1.750,8 tys. zł na podstawie ugód sądowych (w tym: 1.465,8 tys. zł za nadlimity w zakresie chorób płuc i 285,0 tys. zł

²³ Umowa z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne obejmowała zakresy: choroby płuc – hospitalizacja, onkologia kliniczna – hospitalizacja, izba przyjęć oraz świadczenia w izbie przyjęć – UE.

za nadlimity w zakresie onkologii). Za I półrocze 2015 r. Zespół wystawił NFZ faktury za wykonane świadczenia zdrowotne na sumę 7.377,3 tys. zł. Kwota ta została przez NFZ zapłacona terminowo, tj. do 14 dni od dostarczenia mu dokumentów rozliczeniowych.

W latach 2012-2015 (I półrocze) SPZGiChP złożył do NFZ pięć wniosków o zwiększenie poziomu finansowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne na łączną kwotę 3.567,8 tys. zł, z których trzy uwzględniono częściowo, na łączną kwotę 1.002,0 tys. zł. Nieuwzględnianie wniosków przez NFZ wynikało m.in. z braku środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 687-692)

3.11. W badanym okresie średnie koszty leczenia szpitalnego pacjentów uległy zwiększeniu. I tak, w przypadku pacjentów z:

- rozpoznaniem gruźlicy w badanym okresie wynosiły od 12.806 zł (w 2012 r.) do 17.476 zł (w I połowie 2015 r.),
- POCHP – od 2.947 zł (w 2014 r.) do 3.319 zł (w I półroczu 2015 r.),
- nowotworem złośliwym płuca – od 1.949 zł (w 2012 r.) do 2.526 zł (w I połowie 2015 r.), a średni koszt leków w przeliczeniu na jednego pacjenta – od 472 zł (w 2012 r.) do 733 zł (w I półroczu 2015 r.).

Kierownik Sekcji Analiz i Rozliczeń podał, że głównymi czynnikami, które wpłynęły na zwiększenie średnich kosztów leczenia pacjentów były m.in.:

- zwiększenie standardów diagnostycznych w zakresie badań pulmonologicznych, a co za tym ich kosztochłonności, m.in. upowszechnienie tomografii komputerowej jako badania standardowego, w sytuacji gdy badanie rentgenowskie nie gwarantuje pełnego obrazu i nie zapewnia prawidłowości diagnozy,
- zastosowanie bardziej nowoczesnych i kosztochłonnych terapii leczenia onkologicznego, w tym nowszej generacji leków,
- zwiększenia kompleksowości diagnostyki w procesie leczenia (szersze spektrum badań),
- wzrost cen leków i kosztów osobowych związanych ze wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego,
- koszty dostosowania infrastruktury SPZGiChP do standardów światowych, m.in. zakupy nowoczesnego sprzętu, informatyzacja, remonty infrastruktury lokalowej zwiększające standardy pobytu pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 644-652, 693-694)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W latach 2012-2015 (I półrocze) przyjęcia pacjentów na oddziały szpitalne Zespołu nie odbywały się na bieżąco (występowały kolejki oczekujących). Na koniec 2012 r., 2013 r. i 2014 r. oraz czerwca 2015 r., według przekazanych do NFZ raportów list oczekujących, na hospitalizację w zakresie:

- chorób płuc oczekiwało odpowiednio: 114 osób (24 dni²⁴), 159 osób (37 dni), 102 osoby (43 dni) i 133 osoby (32 dni),
- onkologii – odpowiednio: 56 osób (11 dni), 0 osób, dwie osoby (siedem dni) i 13 osób (pięć dni).

²⁴ Średni czas oczekiwania

Wszystkie osoby oczekujące posiadały kategorię medyczną „przypadek stabilny”.

Jako przyczyny powstania kolejek Dyrektor SPZGiChP wymienił m.in. ograniczenia w liczbie leczonych pacjentów ze względu na kontrakt z NFZ, obowiązek udzielania świadczeń pilnych związanych z ratowaniem zdrowia i życia, a także udzielanie, powodujących powstawanie kolejek, usług w zakresie diagnostyki i leczenia bezdechu sennego.

(dowód: akta kontroli str. 438-468 i 695)

Na oddział pulmonologiczny z pododdziałem gruźlicy oczekiwało w ww. okresach od dwóch do pięciu osób. Zastępca Dyrektora m.in. Medycznych wyjaśnił, że kolejki na oddział gruźlicy nigdy nie było, a hospitalizacje odbywają się na bieżąco. Zaistniała sytuacja mogła dotyczyć pacjentów oczekujących na okresową ocenę zmian w obrębie klatki piersiowej.

(dowód: akta kontroli str. 470-473 i 695)

4.2. Zespół opracował zasady prowadzenia list oczekujących ujęte w procedurze zatwierdzonej przez Dyrektora 18 grudnia 2012 r. oraz w Regulaminie organizacyjnym (zasady te opisano w punkcie 2.2 wystąpienia).

W okresie objętym kontrolą zgłoszenia pacjentów na hospitalizacje odbywały się w trybie ciągłym. Zgodnie z ww. procedurą osobami odpowiedzialnymi za wpisywanie pacjentów na listy oczekujących były sekretarki medyczne (w zakresach ich obowiązków nie ujęto zadań dotyczących prowadzenia tych list).

Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych Zespół pisemnie informował pacjenta o terminie udzielenia świadczenia, odnotowując to na jego skierowaniu. W sprawie powiadamiania pacjentów o zmianach wyznaczonych terminów Zastępca Dyrektora m.in. Medycznych wyjaśnił, że występowały one sporadycznie i wynikały m.in. z awarii sprzętu diagnostycznego, o czym pacjenci powiadamiani byli telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 61-64, 465-469 i 474-485)

4.3. Badanie prowadzonych w systemie informatycznym CliniNET list oczekujących na hospitalizację za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r., wykazało m.in., że zawierały one dane określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 i pkt 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz w §8 ust. 1 pkt 1-8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r., tj. m.in. datę i godzinę wpisu na listę, dane osobowe pacjenta, rozpoznanie lub powód przyjęcia, kwalifikację do kategorii medycznej (tj. przypadek pilny lub stabilny).

(dowód: akta kontroli str. 488-493)

Ustalone
nieprawidłowości

W listach oczekujących za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r. nie wypełniono wszystkich pozycji, tj. rozpoznania lub powodu przyjęcia (dotyczyło to 71,8% osób oczekujących), przyczyny skreślenia (84,4%), adresu zamieszkania (2,1%) oraz numeru telefonu lub innego sposobu komunikacji z pacjentem (4,7%).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że było to spowodowane po części błędem ludzkim, nieczytelnymi skierowaniami, niedoskonałością systemu informatycznego oraz rotacją kadry (nagle zwolnienia).

(dowód: akta kontroli str. 470-473 i 489-493)

Skreślenia na listach oczekujących nie były dokonywane na bieżąco – spośród 146 osób ujętych na nich na 30 czerwca 2015 r.:

- nie skreślono czterech osób, pomimo udzielenia im już świadczeń zdrowotnych w 2014 r. oraz w kwietniu i lipcu 2015 r.,

- nie skreślono ośmiu osób bezpośrednio w dniu przyjęcia na hospitalizację, lecz od 3 do 37 dni później,
- skreślono jedną osobę po 545 dniach od przyjęcia jej na hospitalizację.

Niedokonywanie skreśleń pacjentów w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia było niezgodne z §25 pkt 11 Regulaminu organizacyjnego²⁵ Zespołu i skutkowało przekazywaniem do NFZ niezgodnych ze stanem faktycznym danych w zakresie liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (w rzeczywistości kolejki i czas oczekiwania były krótsze).

(dowód: akta kontroli str. 62-63, 516-518 i 695-698)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że nieskreślanie z list na bieżąco osób oczekujących wynikało z błędu ludzkiego, rotacji kadry i niedoskonałości systemu informatycznego.

(dowód: akta kontroli str. 470-473)

W trakcie kontroli NIK Zespół dokonał skreślenia z list ww. czterech osób, którym udzielono już świadczeń zdrowotnych. Na 16 grudnia 2015 r. w ramach poszczególnych zakresów świadczeń oczekiwało: choroby płuc – 98 osób (35 mniej w porównaniu do stanu na 30 czerwca 2015 r.), onkologia kliniczna – sześć (siedem osób mniej).

(dowód: akta kontroli str. 455-464 i 696)

Na obejmującej 146 osób liście oczekujących za czerwiec 2015 r. nie odnotowano 15 zmian terminów udzielenia świadczenia oraz przyczyn tych zmian, co było wymagane § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. Świadczenia te w 11 przypadkach wykonano od sześciu do 94 dni przed planowanym terminem, a w czterech – od jednego do sześciu dni później. Dotyczyły one 13 osób z rozpoznaniem bezdechu sennego, oczekujących na przyjęcie do Kliniki pulmonologii z oddziałem pulmonologicznym, a w przypadku świadczeń udzielonych sześć dni przed i dzień po wyznaczonym terminie – dwóch osób z rozpoznaniem nowotworu, oczekujących na przyjęcie na Oddział pulmonologiczny z pododdziałem alergologii oddechowej. Daty i przyczyny zmiany terminu nie odnotowano także w systemie informatycznym ClinINET pomimo, że posiadał on funkcjonalność w tym zakresie.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że było to spowodowane błędem ludzkim.

(dowód: akta kontroli str. 470-473, 489-493 i 695-697)

Opis stanu
faktycznego

4.4. W okresie objętym kontrolą w SPZGiChP funkcjonował Zespół oceny przyjęć, powołany 23 stycznia 2012 r. przez Dyrektora na podstawie art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Zespół ten przeprowadzał co miesiąc oceny list oczekujących, m.in. pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, przedstawiając Dyrektorowi pisemne raporty. W trzech miesięcznych raportach z 2012 r. Zespół oceny przyjęć wniósł uwagi do prawidłowości prowadzenia list dotyczące: niedokonywania na Oddziale onkologii wpisów na listę oczekujących przez 22 dni, nieprowadzenia na bieżąco list na wszystkich oddziałach, wpisywania na listę wyłącznie imienia i nazwiska oczekującego (na Oddziale pulmonologicznym z pododdziałem alergologii oddechowej).

(dowód: akta kontroli str. 484-485 i 500-509)

²⁵ Obowiązek skreślania osób oczekujących z list wynikał z art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz §8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w raportach z oceny przyjęć za lata 2013-2015 (I półrocze) Zespół oceny przyjęć nie stwierdził nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących na hospitalizację, pomimo że wpisy na nich były niekompletne, a skreśleń nie dokonywano na bieżąco (w raportach za ww. okres odnotowano, że księgi oczekujących prowadzone były zgodnie z zarządzeniem Dyrektora).²⁶

(dowód: akta kontroli str. 489-493, 504-513 i 696-698)

Opis stanu faktycznego

4.5. W latach 2012-2015 (I półrocze) Szpital przekazywał co miesiąc do NFZ dane dotyczące liczby oczekujących na hospitalizację (opis stanu faktycznego dotyczącego raportowania danych do NFZ, wraz z uwagami NIK, zawarto w punkcie 2.5 wystąpienia).

(dowód: akta kontroli str. 277-279, 465-469, 504-505 i 516-544)

4.6. W okresie objętym kontrolą Zespół nie korzystał ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Otrzymał natomiast środki z Programu Współpracy Transgranicznej Litwa-Polska-Rosja 2007-2013, które wykorzystał m.in. na zakup aparatury medycznej (opis stanu faktycznego dotyczącego tego projektu zawarto w punkcie 2.6 wystąpienia).

(dowód: akta kontroli str. 545-550)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Zespołu 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 Kontroli²⁷, wnosi o:

- Rzetelne prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym w szczególności bieżące wprowadzanie kompletnych danych dotyczących udzielenia świadczenia, rezygnacji pacjenta lub zmiany planowanego terminu z podaniem jej przyczyny.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

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

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.

²⁶ Wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych (Przewodniczącego Zespołu oceny przyjęć) przedstawiono w punkcie 2.4 wystąpienia.

²⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

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.

Olsztyn, dnia 28 grudnia 2015 r.

Kontrolerzy
Adam Rączkiewicz
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Krzysztof Śleszyński
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
Dyrektor

.....
podpis