



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.026.01.2015
P/15/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie
ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów
T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06
lrz@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 Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Dagmara Mazurkiewicz-Karasińska, główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr 97396 z dnia 3 listopada 2015. 2. Monika Tyszka, główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr 97397 z dnia 3 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie (dalej „PCCHP”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Witold Gimlewicz, dyrektor, od 9 grudnia 2015 r. – lekarz medycyny Grzegorz Hydzik pełniący obowiązki dyrektora. (dowód: akta kontroli str. 5, 5A)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność PCCHP w zakresie dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego w latach 2012-2015².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia:

- prawidłowy sposób organizacji udzielania świadczeń medycznych w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne na podstawie umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ);
- realizację zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych zgodnie z umową podpisaną z Ministrem Zdrowia,
- zapewnienie wymaganych przez NFZ warunków udzielania świadczeń w zakresie chorób układu oddechowego dotyczących wykwalifikowanego personelu medycznego (w leczeniu szpitalnym), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,

W czasie kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- nie wydzieleniu w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej (dalej ZDL) pomieszczenia głównego, w którym powinno się utworzyć punkt odbioru i punkt rozdziału materiału do badań,

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 Do 30 czerwca 2015 r.

- nie informowaniu pisemnie świadczeniobiorców, oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego, o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 i terminie udzielenia świadczenia, w przypadku pacjentów rejestrujących się telefonicznie oraz nie uzasadnianiu przyczyn wyboru tego terminu; stosownie do postanowień art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych³ (dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”).

Zdaniem NIK powyższe nieprawidłowości nie wpłynęły negatywnie na działalność kontrolowanej jednostki.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przychodnia przyszpitalna z poradniami specjalistycznymi, w tym gruźlicy i chorób płuc.

1.1 Realizacja świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz na podstawie umów zawartych z NFZ.

Opis stanu faktycznego

W skład PCCHP, wchodzi poradnie: Gruźlicy i Chorób Płuc, Pulmunologiczna, Alergologiczna, Chirurgii Klatki Piersiowej, Pracownia Badań Czynnościowych, Pracownia EKG, Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem, Gabinety Zabiegowe. We wszystkich tych poradniach leczone są choroby płuc. W strukturze PCCHP nie funkcjonuje poradnia antynikotynowa, onkologiczna oraz poradnie dla dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 6-16)

1. PCCHP zawarło z NFZ w 2011 r. umowę⁴ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie alergologii, gruźlicy i chorób płuc oraz chirurgii klatki piersiowej. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r., przy czym na każdy rok aneksowano umowę wraz ze zmianą Planu rzeczowo-finansowego⁵. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określał Plan rzeczowo-finansowy. W załącznikach nr 2 do umowy⁶ ujmowano wykaz personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Aneksiem z 31 grudnia 2014 r. do umowy⁷ zmieniony został termin jej obowiązywania do 30 czerwca 2016 r.

Na podstawie oględzin i badania dokumentów⁸ ustalono, że Świadczeniodawca rzetelnie informował NFZ o liczbie oraz kwalifikacjach kadry medycznej uprawnionej do udzielania świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz chirurgii klatki piersiowej, a także wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną. Dane zawarte w ewidencji księgowej⁹ dotyczące wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną były zgodne z wykazanymi w ofercie do NFZ oraz pokrywały się ze stanem faktycznym stwierdzonym w trakcie oględzin. Zarówno zasoby kadrowe, jak i wyposażeniowe PCCHP w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostęp do badań (laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG i RTG) służące wykonywaniu

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

⁴ 02/01.AOS/2012 umowa nr 0901004202201201.

⁵ Stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.

⁶ Aktualizowanych na kolejny rok kalendarzowy.

⁷ Umowa nr 0901004202201401

⁸ Ustalonym, na podstawie porównania stanu faktycznego z treścią załącznika nr 2 (harmonogram-zasoby) wprowadzonym aneksem nr 3/2015 do umowy nr 0901004202201501 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna z 25 czerwca 2015 r.

⁹ Środki trwałe i pozostałe środki trwałe.

świadczeń ambulatoryjnych w zakresie gruźlicy i chorób płuc były zgodne z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁰. W latach 2012-2014 zakres świadczeń PCCHP obejmował alergologię, gruźlicę i choroby płuc oraz chirurgię klatki piersiowej. W umowie na 2015 r. katalog wykonywanych usług został rozszerzony o świadczenia pierwszorazowe w zakresie alergologii oraz gruźlicy i chorób płuc, diagnostykę onkologiczną w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz chirurgii klatki piersiowej.

(dowód: akta kontroli str. 5, 20-115)

2 - 3. W latach 2012 – 2015 świadczenia w rodzaju AOS udzielane były przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc, których liczba wynosiła odpowiednio: 14 (1,89 etatu), 14 (1,89 etatu), 13 (1,73 etatu) i 16 (2,21 etatu). W 2015 r. dwóch lekarzy odbywało staż w dziedzinie chorób płuc (0,33 etatu). Wśród lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc 11 posiadało specjalizacje w zakresie chorób wewnętrznych i trzech w zakresie alergologii.

Wśród lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń w poradniach gruźlicy i chorób płuc największą grupę stanowiły osoby w wieku 45-54 lat, których w latach 2012-2015 PCCHP zatrudniało odpowiednio: 6, 9, 7, 7. Lekarzy w wieku poniżej 35 lat i powyżej 65 lat nie zatrudniano. Dwóch lekarzy odbywających specjalizacje w dziedzinie chorób płuc było w grupie wiekowej 35-44 lat i 45-54 lat. PCCHP nie miało podpisanych kontraktów z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób dla dzieci oraz onkologii (z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuc). W PCCHP zatrudnieni są na podstawie umowy zlecenia dwaj lekarze (w wieku 50 i 56 lat) o specjalności onkologia kliniczna i chemioterapia nowotworów. Lekarze ci mają także specjalizacje w dziedzinie chorób wewnętrznych, radioterapii onkologicznej i chemioterapii nowotworów. W skomplikowanych przypadkach onkologicznych dokonują konsultacji na zlecenie lekarzy zatrudnionych w PCCHP.

(dowód: akta kontroli str. 507-518, 524-533, 564)

4-5. W latach 2012-2015¹¹ na gruźlicę płuc leczyło się odpowiednio: 101, 91, 74 i 47 osób. Wśród pacjentów dominowali mężczyźni, którzy stanowili odpowiednio: 60,4%, 66%, 63,5% i 19% ogólnej liczby pacjentów. Zachorowania na gruźlicę przeważały wśród osób w przedziale wiekowym 40-49 lat, których było odpowiednio: 24, 18, 15, 9 oraz u osób powyżej 65 roku życia, tj. odpowiednio: 26, 23, 19, 17. W kontrolowanym okresie liczba zachorowań na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (dalej „POChP”) zmniejszyła się z 1308 osób w 2012 r. do 1141 w 2014 r. Na POChP częściej zapadali mężczyźni niż kobiety, a ich udział w grupie pacjentów oscylował w granicach 75%. Nowotwory układu oddechowego odnotowano odpowiednio u: 197, 192, 300, 257 osób, w tym zachorowania na nowotwór płuc u 174, 166, 271 i 220 osób. Wraz z wiekiem liczba chorych na nowotwór układu oddechowego wzrastała. Najwięcej chorych zarejestrowano w grupie pacjentów w wieku 60-65 i powyżej 65 lat, którzy stanowili odpowiednio 18,8%, 50,8% w 2012 r., 20,3%, 41% w 2013 r., 20,7%, 46,3% w 2014 r., 18,7% i 49,1% w 2015 r. osób leczonych na te choroby. Wśród chorych na nowotwór układu oddechowego więcej było mężczyzn niż kobiet, którzy stanowili odpowiednio: 59,9%, 62%, 57%, 58% ogólnej liczby pacjentów. Odnotowano wzrost zachorowań na nowotwór układu oddechowego wśród kobiet z 40% w 2012 r. do 42% w 2015 r. W kontrolowanym okresie nie zarejestrowano zachorowań na mukowiscydozę.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413

¹¹ Do 30 czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 555-558)

6. Z danych zawartych w formularzu ZLK-2¹², stanowiącym załącznik nr 3 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 zakaźnej¹³ przekazanych do Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: „Podkarpacki Inspektorat Sanitarny” lub „PIS”) wynika, że PCCHP zgłosiło PIS 104 osoby chore na gruźlicę w 2013 r., 91 w 2014 r. i 44 osoby w I półroczu 2015 r. Najczęściej zachorowania te były wykrywane na podstawie objawów klinicznych oraz w trakcie hospitalizacji, tj. w latach 2013 – 2015 odpowiednio: 47, 30; 61, 14; 28, 11. Poprzez kontakty z chorymi na gruźlicę zapadło odpowiednio: 6, 6 i 1 osoba, a badania pracownicze pozwoliły wykryć gruźlicę u odpowiednio: 5, 5 i 2 osób. Nadzór nad procesem leczenia tych chorych Podkarpacki Inspektorat Sanitarny wykonuje od 2013 r. PCCHP nie gromadzi danych z druków ZLK-2, w związku z tym nie jest możliwe wygenerowanie w systemie informatycznym PCCHP raportów dotyczących zachorowalności na gruźlicę oraz etiologii tej choroby. Druki ZLK-2 są wysyłane do Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Rzeszowie.

(dowód: akta kontroli str. 116-118)

7. W Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc PCCHP w 2013 r. zarejestrowano jedną osobę pracującą w Unii Europejskiej¹⁴ z rozpoznaniem A16 tj. gruźlica układu oddechowego, nie potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie. W latach 2012, 2014 i 2015 r. (do 30 czerwca) nie odnotowano zachorowań na gruźlicę wielolekooporną, POCHP, mukowiscydozę wśród obcokrajowców.

(dowód: akta kontroli str. 565-566)

8. W okresie objętym kontrolą w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc udzielono łącznie 55.981 porad, w tym: 14.261 porad w 2012 r., 15.641 w 2013 r., 16.582 w 2014 r. i 9.497 porad w I półroczu 2015 r. Pacjentom Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc wykonano 50.250 badań diagnostycznych¹⁵, w tym: 14.325 badań w 2012 r., 15.836 w 2013 r., 15.842 w 2014 r. i 4.247 badań w I półroczu 2015 r. Najczęściej wykonywano spirometrię ogólną, łącznie 19.381 badań, a próby tuberkulinowe – 192.

(dowód: akta kontroli str. 607)

9. W latach 2012-2015 w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej¹⁶ (dalej ZRiDO) wykonano ogółem 41.503 badania, w tym: 7.763 w 2012 r., 10.266 w 2013 r., 10.241 w 2014 r. i 13.233 badań w I półroczu 2015 r. Najczęściej wykonywano badanie RTG klatki piersiowej – 40.075 (tj. 96,5% wykonanych badań w ZRiDO) oraz USG opłucnej – 1.355 (tj. 3,3% wykonanych badań w ZRiDO). Najczęściej korzystali z badań ZRiDO byli pacjenci ambulatoryjni, którzy stanowili 59,2% wszystkich osób, którym takie badania wykonywano. W ZDL wykonano ogółem 262.627 badań¹⁷, wśród których dominowały badania biochemiczne stanowiące 88,3% ogółu czynności diagnostycznych wykonanych w okresie objętym kontrolą. Pacjenci hospitalizowani, w ogólnej grupie osób poddanych diagnostyce przez ZDL stanowili 88,3%. Wykonano 71.212 badań mikrobiologicznych, z tego 43.834 (tj. 61,5%) pod kątem gruźlicy płuc. Liczba badań mikrobiologicznych u osób z

¹² ZLK-2 – zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy

¹³ Dz. U. poz. 848

¹⁴ Obywatel Polski mieszkający i pracujący w UE

¹⁵ Tj. spirometria, spirometria z próbą rozkurczową, próby tuberkulinowe.

¹⁶ Do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej zalicza się: Pracownię Rentgenodiagnostyki, Pracownię Ultrasonografii Naczyniowej i Elektrokardiografii, Pracownię Tomografii Komputerowej CT i Pracownię Rezonansu Magnetycznego MR

¹⁷ Na ogólną liczbę badań składają się badania biochemiczne, hematologiczne i koagulologiczne.

podejrzeniem lub rozpoznaniem gruźlicy płuc sukcesywnie spadała w kontrolowanym okresie z 13.262 w 2013 r. do 6.233 na koniec czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 561-563A)

10. Badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych zarówno dla pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym jak i hospitalizacji, w tym prątką gruźlicy wykonywano w ZDL, w którym czynności diagnostyki laboratoryjnej realizowano w wyodrębnionych pomieszczeniach. W ZDL nie utworzono odrębnego pomieszczenia do obsługi pacjentów, z uwagi na niepobieranie na terenie laboratorium materiału do badań od tzw. pacjentów zewnętrznych. W sporadycznych sytuacjach pobieranie materiału odbywało się w gabinecie zabiegowym, względnie w Izbie Przyjęć. Wszystkie pomieszczenia ZDL były oznakowane stosownie do ich przeznaczenia. Szczepy zakaźne i wzorcowe przechowywane były w chłodniach zlokalizowanych w pomieszczeniu *Genetyka*, a krążki do oznaczania lekowrażliwości oraz pożywki w lodówkach i zamrażarkach w pomieszczeniu *Bakteriologia ogólna*. Materiały do badań składowane były na metalowych tackach przy drzwiach poszczególnych pracowni, w których następnie poddawane były analizie. Wyposażenie podstawowe, aparatura pomiarowo-badawcza oraz kwalifikacje personelu ZDL odpowiadają wymaganiom określonym odpowiednio w § 5 ust.1, 2, 3, 4, § 6 i § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne¹⁸. ZDL posiada wyposażenie odpowiednie dla zakresu prowadzonej działalności, tj. wyposażenie podstawowe, aparaturę pomiarowo-badawczą, wyposażenie zapewniające bezpieczeństwo i higienę pracy oraz urządzenia telekomunikacyjne i systemy informatyczne. W latach 2012-2015 ZDL zostało wyposażone w siedem zestawów komputerowych, cztery drukarki, pipetor BD ProbeTec ET, koagulometr Coag Chrom 3003, zamrażarkę niskotemperaturową (poniżej -75 st. C), pięć klimatyzatorów inwentorowych typu Split. ZDL dzierżawi trzy aparaty typu Cobas, tj. b121, c111, u411 od firmy ROCHE. W ZDL prowadzona jest dokumentacja dotycząca aparatury pomiarowo-badawczej oraz sprzętu stanowiących wyposażenie laboratorium, tj. m. in.: karty gwarancyjne, specyfikacje techniczne, wykaz pracowników przeszkolonych i upoważnionych do obsługi oraz osób bezpośrednio odpowiedzialnych za daną aparaturę lub sprzęt; instrukcje użytkowania, zapisy kalibracji, instrukcje postępowania przy działaniach naprawczych i korygujących; dane o konserwacji bieżącej i okresowej prowadzonej zgodnie ze wskazaniami wytwórców, przez użytkowników lub podmioty autoryzowane przez dystrybutorów lub wytwórców, dane o bieżącej obsłudze i kontroli. Opracowany został harmonogram kontroli sprzętu laboratoryjnego na każdy rok kalendarzowy. W ZDL zatrudnionych jest 16 pracowników, trzech biologów - diagnostów laboratoryjnych, (dwóch mgr i dr n. biol.), czterech mgr analityki – diagnostów laboratoryjnych, siedmiu starszych techników analityki medycznej, dwie osoby pracujące w charakterze pomocy laboratoryjnych. Staż pracy osób zatrudnionych w ZDL wynosił od roku do 39 lat. Kierownikiem ZDL jest mgr biologii, specjalista II stopnia z mikrobiologii medycznej, staż pracy 36 lat. ZDL dysponuje wykazem pracowników przeszkolonych i upoważnionych do obsługi głównych aparatów wykonujących badania w pracowni analityki i bakteriologii¹⁹. W ZDL stosowane są procedury zewnętrzne tj. ogólnoszpitalne oraz wewnętrzne (opracowane przez kierownika ZDL)²⁰. W ramach podstawowych procedur SOP dotyczących wykonywania badań na głównych aparatach stosowane są procedury

¹⁸ Dz. U. z 2004 r. Nr 43, poz. 408 ze zm.

¹⁹ Tj. pracownia analityki - aparat Cobas c111, aparat Cobas u 411, aparat Cobas b 121, Micros 60, mini Vidas, Rapidchem 744, Refraktometr Abbego, aparat do koagulologii firmy Bioksel, pracownia bakteriologii – aparat BactAlert, aparaty w systemie ProbeTec, aparat BactecMGIT960, aparat Biotek.

²⁰ Tj. ogólne i szczegółowe.

wykonania badań²¹, procedury kontrolne oraz procedury naprawcze. ZDL, oprócz badań na rzecz pacjentów PCCHP, wykonuje badania zlecone przez inne podmioty lecznicze, z uwagi na specjalistyczny charakter prowadzonych badań bakteriologicznych i analiz medycznych, przynosząc łączne dochody z tytułu tej działalności²² w wysokości 50.854,61 zł. ZDL posiada certyfikaty wydane przez Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i przez Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątko Gruźlicy Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

(dowód: akta kontroli str. 119-156)

12. W latach 2012-2015 (pierwsze półrocze) wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń w rodzaju AOS na podstawie umów podpisanych z NFZ wzrosła z 1.288.386,20 zł i 1.375.331,80 zł w 2012 r. do 1.536.147,30 zł i 1.536.142,75 zł na koniec 2014 r. Podobnie w zakresie gruźlicy i chorób płuc, wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń zdrowotnych zwiększyła się z 731.239,60 w 2012 r. i 810.364,10 zł w 2012 r. do 909.299,30 zł i 909.294,75 zł na koniec 2014 r. Wartość wykonanych świadczeń ambulatoryjnych w stosunku do zakontraktowanych stanowiła odpowiednio: 106,75%, 99,99%, 99,99% i 107,05%. Podobna tendencja utrzymywała się w świadczeniach zdrowotnych w zakresie gruźlicy i chorób płuc, tj. 110,82%, 99,99%, 99,99% i 110,25%. W kontrolowanym okresie PCCHP wykonało świadczenia zdrowotne w rodzaju AOS na łączną kwotę 5.232.556,05 zł, co stanowiło 102,82% kwoty zakontraktowanej. W Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc wartość wykonanych świadczeń wyniosła 3.136.452,42 zł, tj. 104,36% wartości świadczeń zakontraktowanych. Świadczenia ambulatoryjne wykonane ponad kwotę zobowiązania określoną w umowach z NFZ wystąpiły w 2012 r. w kwocie 297.569,70 zł oraz na koniec I półrocza 2015 r. – 180.698,87 zł. NFZ sfinansował tzw. „nadwykonania” z 2012 r. na kwotę 210.624,10 zł, stanowiącej 70,1% wartości nadwykonań, a w 2015 r. - 111.461,40 zł, tj. 61,25 wartości nadwykonań). PCCHP nie zawarło kontraktu z NFZ na świadczenia zdrowotne w rodzaju AOS w zakresie onkologii.

(dowód: akta kontroli str. 542-548)

13-15. W realizacji świadczeń w rodzaju AOS występowały różnice w wartości świadczeń zakontraktowanych i wykonanych w 2012 r w zakresie alergologii - 12.276, 50 zł ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie z NFZ, chirurgii klatki piersiowej – 22.194,00 zł, gruźlicy i chorobach płuc – 263.099,20 zł. W 2012 r. wykonane świadczenia ponad kwotę określoną w umowach z NFZ wyniosły 297.569,70 zł, z czego płatnik sfinansował 70,1% tej kwoty, a zawarta ugoda pomiędzy NFZ a PCCHP wyczerpała wszelkie roszczenia Świadczeniobiorcy wobec płatnika. W 2013 r. nie było świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania określoną w umowach przez NFZ. Kwota świadczeń zakontraktowanych i wykonanych wynosiła odpowiednio: 1.461.694,00 zł i 1.461.619,50 zł. W 2014 r. wartość świadczeń zakontraktowanych i wykonanych wynosiła odpowiednio: 1.536.147,30 zł, 1.536.142,75 zł. Świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania określoną w umowach z NFZ wyniosły 8.394,75 zł i zostały sfinansowane przez NFZ. Dotyczyło to jedynie świadczeń w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc, natomiast pozostałe świadczenia w zakresie alergologii i chirurgii klatki piersiowej mieściły się w limitach określonych przez NFZ. W 2015 r. (do 30 czerwca) łączna kwota „nadwykonań” wyniosła 180.698,87 zł, z czego NFZ sfinansował 61,7% tj. 111.461,40 zł.

²¹ Np. hodowla gruźlicy, badania biochemiczne, badania immunoenzymatyczne i inne.

²² Pracownia bakteriologii + pracownia analityki.

NFZ wypłacał należności świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS terminowo.

(dowód: akta kontroli str. 39-41, 157-158 A, 196-202, 542-548)

16. Procedury medyczne wykonywane w ramach AOS zostały wycenione przez NFZ następująco: Poradnia gruźlicy i chorób płuc – stawka za 1 punkt – 9,10 zł, Poradnia Alergologiczna – stawka za 1 punkt 8.60 zł, Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej – 9,00 zł za 1 punkt. W 2007 r. Dyrektor zarządzeniem²³ zobowiązał kierowników ośrodków powstawania kosztów do sporządzenia i wyceny wykazu procedur medycznych w ośrodkach kosztów działalności podstawowej innych niż oddział szpitalny, tj. Blok Operacyjny, Izba Przyjęć, Zakład Patomorfologii, Pracownia: USG, RTG, EKG, fizjoterapii, badań czynnościowych, bakteriologii, analityki, bronchoskopii, gabinet zabiegowy i gabinet zabiegowy alergologii. Dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej pracującego na rzecz oddziału szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki kierownik komórki sporządza wykaz wykonywanych procedur medycznych, który jest aktualizowany w każdym kolejnym miesiącu. Dla każdej procedury wymienionej w wykazie ośrodka kosztów, kierownik komórki sporządza ilościowe zestawienie zasobów zużywanych podczas typowego jej przebiegu z podziałem na zużyte materiały i czas pracy bezpośredniej personelu zaangażowanego. W przypadku, gdy dana procedura wykonywana jest na różne sposoby, dla każdej z nich sporządza się odrębny opis. Wartość zużytych bezpośrednio na wykonanie procedury medycznej zasobów ustala się w oparciu o przeciętne ilościowe zużycie oraz bieżące ceny materiałów i stawki wynagrodzeń wraz z narzutami, co stanowi normatywne jednostkowe koszty bezpośrednie wykonania poszczególnych procedur, zwane liczbą jednostek kalkulacyjnych. Łączną liczbę jednostek kalkulacyjnych wytworzonych w okresie rozliczeniowym w ośrodku kosztów stanowi suma iloczynów liczb wykonywanych procedur i liczb jednostek kalkulacyjnych poszczególnych procedur. Koszt wytworzenia jednostki kalkulacyjnej wyliczany jest przez podzielenie kosztów bezpośrednich i pośrednich przez liczbę jednostek kalkulacyjnych wytworzonych w danym okresie. Jednostkowy koszt wytworzenia procedury medycznej stanowi iloczyn kosztu wytwarzania jednostki kalkulacyjnej przez liczbę jednostek kalkulacyjnych określoną dla danej procedury. Koszt wytworzenia osobodnia opieki na oddziale szpitalnym wylicza się przez podzielenie sumy kosztów bezpośrednich i pośrednich ośrodka kosztów z wyłączeniem kosztu leków i procedur medycznych przez liczbę osobodni wykonanych w okresie rozliczeniowym. W związku z powyższym nie jest możliwe ustalenie średniego kosztu leczenia jednego pacjenta dla konkretnej jednostki chorobowej zarówno w leczeniu ambulatoryjnym, jak i szpitalnym, a jedynie podanie jednostkowego kosztu wytworzenia osobodnia zarówno w poradni, jak i w szpitalu.

W PCCHP funkcjonowała w badanym okresie wycena świadczeń²⁴ wykonywanych procedur medycznych wg ICD-9²⁵, badań laboratoryjnych wg aneksu ICD-9, ponadto pozostałych świadczeń medycznych i niemedycznych. Dla przykładu:

*uśredniony koszt wykonania bronchoskopii wyceniony w PCCHP wynosił 308,72 zł, a wyceniony przez NFZ²⁶ – 254,80 zł. W PCCHP zabieg ten wykonywany jest w ramach procedury D05 w warunkach szpitalnych, natomiast wskazana wycena przez NFZ odnosi się do świadczenia w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na

²³ Zarządzenie nr 19/2007 Dyrektora Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie z 29 czerwca 2007 r.

²⁴ Wycena świadczeń wykonywana aktualizowana jest w cyklach miesięcznych z uwzględnieniem zmiennych osobowych, materiałowych i innych.

²⁵ ICD-9 Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych.

²⁶ Zarządzenie nr 54/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 4 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

ryzyko wystąpienia powikłań kontrolowana jednostka wykonuje ten zabieg wyłącznie w warunkach szpitalnych.

*koszt wykonania drenażu jamy opłucnowej wyceniony w PCCHP wynosił 99,23 zł, wyceniony przez NFZ – 90,00 zł – zabieg wyceniony przez NFZ zawiera koszt jego wykonania oraz inne tj. porady, badań laboratoryjnych, histopatologicznych oraz zdjęć. Zdaniem p. o. dyrektora PCCHP NFZ wycenił ten zabieg bardzo nisko i nie wystarcza on na pokrycie faktycznych kosztów nie tylko samej procedury, ale także towarzyszących badań i porady lekarskiej.

* klinowe wycięcie płuca (procedura JGP D02) wycenione w PCCHP – 2.968,02 zł a wycenione przez NFZ – 14.892,00 zł. Wycena dokonana przez NFZ, oprócz kosztu samej procedury, zawiera również koszt hotelowy, opieki medycznej oraz koszty niezbędnych badań, zabiegów i zdjęć. Wycena tej procedury dokonana przez PCCHP zawiera koszt samej procedury bez innych wymienionych kosztów.

* usunięcie płata płucnego (procedura JGP D01) wycenione w PCCHP – 4.863,94 zł, wycenione przez NFZ – 16.760,06 zł. Wycena dokonana przez NFZ zawiera, oprócz kosztu samej procedury, inne związane z pobytem w szpitalu, opieki medycznej, zabiegów, badań i zdjęć. Wycena dokonana w PCCHP zawiera wyłącznie koszt wykonania samego zabiegu bez innych wymienionych kosztów.

*przezskórna igłowa biopsja płuca wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, wyceniona przez NFZ – 202,5 zł, wyceniona w PCCHP - 100,40 zł nie uwzględniała kosztów dodatkowych tj. porady lekarskiej i wszystkich potrzebnych badań.

*nakłucie klatki piersiowej wycenione przez NFZ – 90,00 zł, wycenione przez PCCHP wynosiło 104,77 zł i określało jedynie koszt samej procedury, bez dodatkowych jak np. koszt porady lekarskiej, badań i zdjęć.

Kontrolowana jednostka posiadała wiedzę m. in. o rodzajach kosztów pośrednich, kosztach realizowanych procedur oraz miejscach ich powstawania. Dane w ww zakresie przetwarzane są w systemie finansowo-księgowym²⁷, z którego można je uzyskać.

(dowód: akta kontroli str. 159-171, 186-195A, 203)

17. W latach 2012-2015 średni koszt wytworzenia porady w poradniach PCCHP wynosił:

- w Poradni Specjalistycznej Gruźlicy i Chorób wynosił odpowiednio: 101,30 zł, 67,43 zł, 59,25 zł, 70,70 zł,

- w Poradni Alergologicznej odpowiednio: 89,16 zł, 88,03 zł, 79,66 zł, 80,54 zł,

- w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej odpowiednio: 166,90 zł, 153,40 zł, 154,83 zł, 175,82 zł,

- w Ośrodku Domowego Leczenia Tlenem odpowiednio: 137,19 zł, 145,13 zł, 134,81 zł, 144,45 zł.

Jednostkowy koszt wytworzenia porady ambulatoryjnej zawiera zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzację i pozostałe koszty.

(dowód: akta kontroli str. 182-185)

Ustalone
nieprawidłowości

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

²⁷ Asseco Poland S. A. w wersji 4.39.0.0(10).

W ZDL nie ma pomieszczenia głównego, w którym powinno się utworzyć punkt odbioru materiału do badań oraz punkt rozdziału materiału do badań, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne. Dyrektor wyjaśnił m.in., że: (...) od 2004 do 2013 r. PCCHP ujmowało w planach remontów i inwestycji m. in. zadanie pod nazwą *Remont i modernizacja pomieszczeń Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej*. Plany te zakładały wydzielenie ZDL, od pozostałych pomieszczeń, z uwzględnieniem wyodrębnienia pomieszczeń: głównych, socjalnego oraz do przyjmowania materiału do badań, zgodnie z wymogami ustawowymi. Dwukrotnie, tj. w 2006 r. i w 2012 r. uzyskane uprzednio pozwolenia na budowę ww. przedsięwzięcia (na które PCCHP wydatkowało środki własne w 2004 r. w wysokości 36,234,00 zł i w 2008 r. środki z dotacji z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego OZ.I.58.08 z 3 października 2008 r. w wysokości 40.000,00 zł na dokumentację techniczną i 46,000,00 zł na wykonanie projektów wykonawczych w 2009 r. z dotacji OZ.I.22/09 z 20 lutego 2009 r.) utraciły ważność z uwagi na nieotrzymanie przez PCCHP środków finansowych na realizację planowanego przedsięwzięcia. Dyrektor dodał, że w 2013 r. wykonano koncepcję rozbudowy szpitala uwzględniającą usytuowanie ZDL w dobudowanej nawie, w ramach zadania *Zwalczanie chorób epidemiologicznych XXI wieku – kompleksowe świadczenia zdrowotne w dziedzinie chorób płuc*, zgłoszonego do Ministerstwa Zdrowia przez Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego, do listy przedsięwzięć priorytetowych o kluczowym znaczeniu dla rozwoju województwa podkarpackiego na lata 2014-2020. Na zadanie to województwo podkarpackie nie otrzymało środków finansowych.

Zdaniem NIK organizacja pracy w pomieszczeniach ZDL została dostosowana do rodzaju prac, jakie są w nich wykonywane oraz możliwości lokalowych kontrolowanej jednostki, które aktualnie²⁸ nie umożliwiają zorganizowania laboratorium diagnostycznego, które w pełni spełniałoby warunki określone przepisami ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 119, 154-156)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Pomieszczenia wchodzące w skład ZDL zlokalizowane były na pierwszym piętrze budynku PCCHP po obu stronach korytarza, który był ogólnodostępnym ciągiem komunikacyjnym (przelotowym) prowadzącym do działu księgowości, kasy i kadr oraz do schodów na niższe kondygnacje. Z uwagi na wykonywanie specjalistycznych badań diagnostycznych w ZDL, w tym procedur w kierunku prątka gruźlicy, takie zlokalizowanie pracowni badawczych nie gwarantuje bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, co stoi w sprzeczności z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne. Zgodnie z przywołanym przepisem, pracownie ZDL powinny być oddzielone od pozostałych pomieszczeń PCCHP w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko mikrobiologiczne polegające m. in. na przypadkowym przeniknięciu mikroorganizmów do otoczenia i powodowaniu przez nie zakażenia bezpośredniego lub pośredniego. Taka lokalizacja ZDL, potencjalnie stwarza niebezpieczeństwo zakażenia. Ryzyko zdrowotne pracowników (które w bezpośredni sposób zależy od rodzaju patogenów obecnych w materiale biologicznym) należy uznać za istotnie podwyższone.

2. Liczba pacjentów korzystająca ze specjalistycznych świadczeń w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc wynosiła: 10.043 w 2012 r., 10.511 w 2013 r., 11.028 w 2014 r. i 8.142 w I półroczu 2015 r. Natomiast liczba lekarzy zatrudnionych wynosiła: 14 (1,89 etatu) na koniec 2012 r., 14 (1,89 etatu) na koniec 2013 r., 13 (1,73 etatu) na

²⁸ W czasie czynności kontrolnych: listopad/grudzień 2015 r.

koniec 2014 r. i 16 lekarzy (2,21 etatu) na 30 czerwca 2015 r. W latach 2012 - 2015 liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza wynosiła odpowiednio: 717, 751, 848 i 509 (na dzień 30 czerwca 2015 r.).

Pomimo spełniania przez podmiot kontrolowany wymagań Ministra Zdrowia dotyczących warunków realizacji świadczeń gwarantowanych w AOS w zakresie personelu lekarzy specjalistów, PCCHP nie uniknęło kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. W ocenie NIK zbyt małe zasoby kadrowe lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc zatrudnionych w poradni PCCHP są przyczyną tworzenia się kolejek oczekujących na udzielenie porady lekarskiej.

Ocena cząstkowa

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

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

1.2.1. Dostępność świadczeń specjalistycznych w rodzaju AOS i w trybie hospitalizacji w zakresie gruźlicy i chorób płuc.

18. Pacjentom zapewniony był dostęp do świadczeń w rodzaju AOS oraz w trybie hospitalizacji w zakresie gruźlicy i chorób płuc, stosownie do art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Świadczenia te były udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach, funkcjonowania PCCHP. Listy oczekujących Świadczeniodawca prowadził w wersji elektronicznej w programie informatycznym PCCHP, kwalifikując świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej, zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej²⁹ (dalej rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych). Na listach oczekujących przy każdym pacjencie był zapis *przypadek pilny* lub *przypadek stabilny*. Rejestrację osób oczekujących na wizytę do poradni specjalistycznych prowadziły osoby zatrudnione w rejestracji. Zadanie to nie zostało określone w ich zakresach obowiązków.

Zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - w Klinikach Pulmunologii i Chorób Alergicznych Układu Oddechowego oraz Chirurgii Klatki Piersiowej zapisy na listy oczekujących dokonują sekretarki medyczne, którym zadanie to przydzielono w zakresach obowiązków od lutego 2015 r. W Klinikach: Pulmunologii i Chemioterapii oraz Gruźlicy i Chorób Płuc – zapisy są dokonywane przez lekarzy (brak na ten temat informacji w ich zakresach czynności), którzy ustnie zostali do tego zobligowani przez ordynatora.

W opinii Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych i Lecznictwa taki sposób wpisów pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest optymalny z uwagi na specyfikę pracy tych Klinik. Po zarejestrowaniu pacjenta na udzielenie świadczenia w opiece ambulatoryjnej otrzymuje on pisemną informację zawierającą numery telefonów do rejestracji, datę porady lekarskiej, godzinę porady lekarskiej, dane lekarza przyjmującego, prośbę o potwierdzenie wizyty oraz podpis osoby, która dokonała rejestracji. Pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia medycznego na oddziałach szpitalnych, na kopii skierowania od lekarza prowadzącego, mają odręcznie wpisywane informacje przez sekretarki medyczne dotyczące szczegółów przyjęcia do szpitala. Wszelkie zmiany terminów, tj.

²⁹ Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661.

ewentualne przesunięcia ze względu na stan zdrowia oczekującego lub inne okoliczności, korygowane są telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 427-429A, 553-554)

Listy oczekujących spełniały wymagania określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a) – i) i ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz § 8 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych³⁰. Dane wpisywane na listę oczekujących obejmowały m.in.: numer kolejny oczekującego, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer pesel, adres, numer telefonu, termin udzielenia świadczenia, rozpoznanie ze skierowania, kategoria medyczna (pacjent *pilny/stabilny*), dane osoby dokonującej wpisu. Przypadki pilne przyjmowane były w dniu zgłoszenia.

Liczba oczekujących na udzielenie pierwszej porady specjalistycznej w trybie hospitalizacji w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 października 2015 r. w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla przypadków stabilnych wynosiła (w dniach) odpowiednio: 35, 33, 40, 189, a średni czas oczekiwania sukcesywnie wzrastał z 22 w 2012 r. do 132. Liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację w przypadkach pilnych wynosiła odpowiednio: 0, 2, 0, 2. Pacjentów tych PCCHP przyjmowało na bieżąco.

Liczba oczekujących na udzielenie pierwszej porady specjalistycznej w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla przypadków stabilnych wynosiła w latach objętych kontrolą odpowiednio: 375, 432, 184, 183. Pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym odnotowano od 0 do 2. Średni czas oczekiwania na udzielenie pierwszej porady specjalistycznej w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc (liczony w dniach) dla pacjentów stabilnych wynosił od 16 do 24. Dla przypadków pilnych czas ten oscylował w granicach od 0 do 4.

(dowód: akta kontroli str. 430-449)

Raporty statystyczne za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r. o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń były zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dane te przesyłane były do NFZ w formie elektronicznej. Autor oprogramowania INFOMEDICA/AMMS firmy ASSECO POLAND SPÓŁKA AKCYJNA (w którym prowadzone są listy oczekujących) został zobowiązany w umowie³¹ do objęcia nadzorem autorskim oprogramowania do wprowadzania zmian w wymaganym zakresie i wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

Świadczeniodawca przekazywał komunikatem sprawozdawczym XML nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca sprawozdawczego następujące informacje w podziale na kategorie medyczne *przypadek pilny, przypadek stabilny* w odniesieniu do komórek organizacyjnych, procedur medycznych, programów terapeutycznych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Oprogramowanie aplikacyjne firmy Asseco Poland Spółka Akcyjna (AMMS), w którym kolejki oczekujących są prowadzone, umożliwia eksport danych do NFZ według ustalonego zakresu. Przekazywanie danych odbywa się automatycznie i zaraz po ich wysłaniu do NFZ pojawia się komunikat zwrotny (P_LIO)

³⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.

³¹ Umowa nr 72/KdL/NA/BMM/2013 objęcia nadzorem autorskim oprogramowania INFOMEDICA z dnia 1- września 2013 r.

potwierdzający pomyślne przekazanie danych o listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli str. 430, 450-460)

W PCCHP listy oczekujących na udzielenie świadczenia (w AOS i leczeniu szpitalnym) stosownie do przepisów art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej podlegały okresowej ocenie co najmniej raz w miesiącu³² przez Zespół ds. Jakości (dalej Zespół), powołany zarządzeniem Dyrektora w 2000 r., w skład którego wchodzi 14 osób, w tym: przewodniczący³³ i 14 członków³⁴. Zadaniem Zespołu jest m. in. ocena list oczekujących na udzielenie świadczeń pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia i zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Zespół każdorazowo sporządzał raport z oceny, w którym informował o przeprowadzonych czynnościach. Do raportu załączano informację dotyczącą kolejek oczekujących na udzielane świadczenia w poradniach i w oddziałach szpitalnych z podaniem liczby pacjentów oczekujących, a także czasu oczekiwania na wizytę liczoną w dniach z uwzględnieniem kategoryzacji leczenia: tj. *przypadki pilne i stabilne*.

(dowód: akta kontroli str. 204-222)

W latach 2012-2015, na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia na realizację zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (dalej „NPZCHN”) zakupiono łącznie 20 sztuk aparatury medycznej oraz drobnego sprzętu medycznego za łączną kwotę 2.397.793,70 zł, z tego środki z NPZChN - 1.989.789,61, środki z Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego – 378.123,32 zł i środki własne PCCHP – 29.880,83 zł. Wykorzystanie środków z NPZCHN wynosiło od 88,9% w 2014 r. do 97% w 2013. Analiza list osób oczekujących na udzielenie świadczenia dla przykładu na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej wykazała, że średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych, w kontrolowanym okresie, wzrósł z poziomu 0 dni w 2012 r. do 21 dni w 2014 r. i 12 dni na koniec października 2015 r. Podobnie w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc – średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrósł z 22 dni w 2012 r. do 60 dni w 2014 r. i do 132 dni w 2015 r.³⁵

Doposażenie PCCHP w aparaturę medyczną (20 sztuk + drobny sprzęt medyczny) nie spowodowało zmniejszenia średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych i Lecznictwa wyjaśniła, że przyczyną kolejek na koniec roku 2012 2013, 2014 i koniec października 2015 jest wzrost zachorowalności i ograniczone możliwości przyjmowania przez lekarzy – tylko jeden lekarz jest aktualnie³⁶ na etacie w przychodni. Pozostali lekarze są zatrudnieni na 5,35 godzin w poszczególnych klinikach PCCHP, a tylko 2 godziny (niektórzy tylko 1 godzinę) dziennie w przychodni. W latach 2012-2015 PCCHP nie korzystało z dotacji z Unii Europejskiej na zakup sprzętu medycznego. Ordynator Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej w złożonych wyjaśnieniach poinformował, że zakupiony z NPZCHN sprzęt³⁷ miał za zadanie poprawienie jakości wyników leczenia operacyjnego

³² Na podstawie wybranych losowo protokołów z raportami i informacjami dotyczącymi kolejek oczekujących z zebrania Zespołu ds. Jakości z 8 lipca 2015 r., 9 kwietnia 2014 r., 8 lipca 2013 r.

³³ Lekarz medycyny, zastępca dyrektora ds. lecznictwa

³⁴ Czterech lekarzy w tym jeden lekarz specjalista w specjalności zabiegowej i trzech w specjalnościach niezabiegowych w tym Kierownik Przychodni Specjalistycznej, , trzy pielęgniarki, pielęgniarz naczelny, kierownik ZDL, pracownicy PCCHP, Z-ca Dyrektora ds. Klinicznych i Lecznictwa.

³⁵ Na dzień 30 października 2015 r.

³⁶ Dzień sporządzenia informacji – 26 listopada 2015 r.

³⁷ M.in. zestaw do videotorakoskopii, mediastinoscop operacyjny, bronchofiberoskop optyczny, stół operacyjny, zestaw narzędzi operacyjnych.

(poprawa jakości diagnostyki i unowocześnienie postępowania diagnostycznego i operacyjnego w grupie pacjentów nowotworowych), co nie przekłada się na kolejkę pacjentów oczekujących na wejście do oddziału. Ordynator dodał, że Ministerstwo Zdrowia nie zezwalało na wykorzystanie środków finansowych z tego programu na powiększenie bazy łóżkowej, rozbudowę sal operacyjnych, czy kształcenie lekarzy danej specjalności.

(dowód: akta kontroli str. 427-429, 480-506, 567, 581-582)

Zgodnie z wyjaśnieniami p. o. Dyrektora PCCHP Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuc realizowany był do końca 2014 r. Dokumentacja radiologiczna i histologiczno-patologiczna pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem płuc była przekazywana do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, po zakończeniu rocznym badania to jest do grudnia 2014 r. Dane osób z rozpoznaniem rakiem płuc (po uzyskaniu końcowego wyniku histologiczno-patologicznego) wprowadzono do systemu komputerowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, który w całości realizował ww. program.

(dowód: akta kontroli str. 596-597)

Ustalone
nieprawidłowości

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

PCCHP nie informowało pisemnie świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i nie uzasadniało przyczyn wyboru tego terminu; a pacjentów rejestrujących się telefonicznie nie informowano także o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy. Stosowano co prawda inne formy informowania pacjentów, jak dla przykładu w rejestracji poradni - *karteczki* zawierające numery telefonów do rejestracji, datę i godzinę porady lekarskiej oraz personalia lekarza przyjmującego czy też odnotowywano te informacje na kopii skierowania pacjenta przy oczekiwaniu na leczenie szpitalne, ale taki sposób informowania był dostępny jedynie dla osób rejestrujących się osobiście. Natomiast przy rejestracji telefonicznej – informacja na temat szczegółów ustalonego terminu wizyty nie była wysyłana do pacjentów, zarówno oczekujących na leczenie ambulatoryjne, jak i szpitalne (wzoru takiego pisma nie przedłożono kontrolerowi), co nie jest zgodne z przywołanymi wyżej przepisami.

W opinii NIK brak pisemnego powiadamiania świadczeniobiorców o terminie udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem przyczyny ustalenia tego terminu uniemożliwia pacjentom składanie reklamacji co do właściwego określenia kolejności wpisów na liście oczekujących oraz narusza prawo pacjenta do przejrzystej i obiektywnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych. Pełniący obowiązki dyrektora wyjaśnił, m. in. że (...) z uwagi na niestabilną i trudną sytuację finansową PCCHP nie dysponuje wolnymi środkami, które zostałyby przeznaczone na korespondencję pocztową z pacjentami. Ustawodawca nakładając obowiązek pisemnego pacjentów o ustalonych terminach wizyt czy hospitalizacji nie wskazał źródła jego finansowania. W związku z tym stosowany jest przekaz bezpośredni lub telefoniczny. P. o. dyrektor dodał, że zawsze jest możliwość weryfikacji danych dotyczących kolejek oczekujących w systemie informatycznym stosowanym do prowadzenia list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 220-222, 427-429A, 461-462, 477-479, 617-622)

Ocena cząstkowa

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

2. Szpital specjalistyczny z oddziałami leczenia gruźlicy płuc i chorób płuc.

2.1. Realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gruźlicy płuc na podstawie umów zawartych z NFZ.

Opis stanu faktycznego

W PCCHP leczenie gruźlicy i chorób płuc w trybie hospitalizacji realizowane jest we wszystkich oddziałach, tj.: Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej wraz z Blokiem Operacyjnym, Klinika Pulmunologii i Chemioterapii, Klinika Pulmunologii i Chorób Alergicznych Układu Oddechowego, Klinika Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pracownia Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu.

28. PCCHP zawarło z NFZ umowę 30 grudnia 2011 r.³⁸ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, tj. choroby płuc-hospitalizacja i chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja, w tym D01 i D02. Jednostką rozliczeniową był punkt rozliczeniowy, wyceniony przez NFZ na 51 zł, który obowiązuje w 2015 r.³⁹ W latach objętych kontrolą, umowa była kilkakrotnie aneksowana, ostatnia obowiązująca umowa⁴⁰ została wprowadzona aneksem⁴¹ z 31 grudnia 2014 r. do umowy z 2014 r., a następnie 1 lipca 2015 r. umowę tę aneksowano i w takim kształcie obowiązuje⁴² aktualnie⁴³. Załącznik nr 2 do umowy⁴⁴ zawierał wykaz personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Dane przekazywane przez PCCHP w ofercie do NFZ w zakresie wyposażenia i aparatury medycznej były tożsame ze stanem faktycznym ustalonym na podstawie oględzin oraz danymi zawartej w ewidencji księgowej⁴⁵ Także informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego udzielającego świadczeń były zgodne z danymi uzyskanymi z Działu Kadr PCCHP.

W 2013 r. została zawarta umowa⁴⁶ z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia (w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc i Oddziale Pulmunologii i Chemioterapii), w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym⁴⁷, z jednostką rozliczeniową za punkt rozliczeniowy, wyceniony przez NFZ na 52 zł.

Z ustaleń kontroli wynika, że Świadczeniodawca rzetelnie informował NFZ o liczbie oraz kwalifikacjach kadry medycznej uprawnionej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - chemioterapia, a także wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną. Dane zawarte w ewidencji księgowej (środki trwałe i pozostałe środki trwałe) w zakresie wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną były zgodne z wykazanymi w ofercie do NFZ przy zawieraniu obowiązującej umowy

³⁸ 03/01/2012, umowa nr 0901004203201201 z 23 grudnia 2011 r.

³⁹ Na dzień czynności kontrolnych tj. 19 listopada 2015 r.

⁴⁰ 03/01/SZP/2015, umowa nr 0901004203201501

⁴¹ Aneks nr 8 do umowy nr 0901004203201401 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne

⁴² Zakres świadczeń oferowanych w ramach ww. umowy to: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, choroby płuc – hospitalizacja, choroby płuc – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja D01, D02, chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, izba przyjęć.

⁴³ Na dzień 18 listopada 2015 r.

⁴⁴ Aktualizowanych na kolejny rok kalendarzowy.

⁴⁵ Środki trwałe i pozostałe środki trwałe.

⁴⁶ Umowa nr 0901004203201403 z 31 grudnia 2013 r.

⁴⁷ Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, chemioterapia-hospitalizacja z zakresem skojarzonym, substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, substancje czynne w chemioterapii-hospitalizacja z zakresem skojarzonym

(tj. na 2015 r.) oraz pokrywały się ze stanem faktycznym stwierdzonym w trakcie oględzin.

(dowód: akta kontroli str. 236-425)

29-31 Liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem gruźlicy płuc wynosiła: 121 w 2012 r., 122 w 2013 r., 130 w 2014 r. i 27 w I półroczu 2015 r. Na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie leczono: 89 pacjentów w 2012 r., 85 w 2013 r., 93 w 2014 r. i 35 w I półroczu 2015 r. Kontrolowana jednostka nie posiadała danych dotyczących tzw. nowych zachorowań, jak również kosztów leczenia na gruźlicę płuc poszczególnych osób. Średni okres leczenia przeciwprątkowego osób, u których po raz pierwszy rozpoznano gruźlicę płuc oraz po przerwaniu leczenia tzw. „wznowy” wahał się od 6 do 12 miesięcy, przy czym czasookres kuracji uzależniony był od zaawansowania choroby oraz kondycji leczonych. W okresie objętym kontrolą 27 pacjentów samowolnie przerwało leczenie przeciwprątkowe tj. odpowiednio: 3, 17, 5 i 2 osoby. Rozpoznanie lekarskie wśród tych pacjentów to najczęściej A.15.1 – gruźlica płuc potwierdzona wyłącznie posiewem, A.15.9 – gruźlica układu oddechowego nie określona, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie, A.15.6 – gruźlicze zapalenie opłucnej potwierdzone bakteriologicznie i histologicznie, A.15.0 – gruźlica płuc potwierdzona mikroskopowym badaniem płwociny. Pomimo zleconych badań w celu kontynuacji leczenia oraz monitów ze strony personelu PCCHP chorzy nie wykazali zainteresowania ponowieniem leczenia i uchylali się od wizyt kontrolnych podając np. nieprawdziwe numery telefonów czy też nie reagując na pisemnie wezwania. W zaistniałych okolicznościach PCCHP informowało Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Rzeszowie (dalej PPIS) w celu podjęcia stosownych działań. PPIS potwierdził fakt przekazywania informacji przez kontrolowaną jednostkę o pacjentach samowolnie przerywających leczenie gruźlicy. W przypadku pacjentów, którzy nie wykazywali zainteresowania leczeniem gruźlicy, PPIS nakładał decyzję nakazującą poddanie się obowiązkowemu leczeniu tej choroby. W stosunku do jednego pacjenta w 2013 r. PPIS zastosował środki przymusu bezpośredniego – pacjenta dowieziono do PCCHP w Rzeszowie.

(dowód: akta kontroli str. 568-569, 583-595, 600-609)

32 Wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne gruźlicy i chorób płuc sukcesywnie rosła i w latach 2012-2015 przedstawiała się odpowiednio: 18.954.901,00 zł i 19.185.151,73 zł ; 19.828.351,00 zł i 19.873.983,04 zł ; 20.252.662,00 zł i 20.454.925,00 zł ; 9.611.408,00 zł i 10.426.390,87 zł. W odniesieniu do leczenia gruźlicy i chorób płuc wartości zakontraktowanych i wykonanych świadczeń kształtowały się odpowiednio: 9.753.240,00 zł, 9.940.549,23 zł ; 9.877.002,00 zł, 9.884.091,30 zł ; 9.500.637,00 zł, 9.541.131,51 zł ; 4.561.899,00 zł, 5.124.107,19 zł. PCCHP ma podpisany kontrakt z NFZ w zakresie chorób płuc w trzech klinikach, tj. Klinika Pulmunologii i Chemioterapii, Klinika Gruźlicy i Chorób Płuc i Klinika Pulmunologii i Chorób Alergicznych Układu Oddechowego. Leczenie onkologiczne nie zostało zakontraktowane. Wartość świadczeń wykonanych w Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc, ponad kwotę zobowiązania określoną w umowach z NFZ, kształtowała się odpowiednio: 733.068,73 zł i 549.256,23 zł ; 958.521,04 i 342.807,30 ; 1.910.901,23 zł i 40.494,51 zł; 962.835,87 zł i 562.208,19 zł. Świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania określoną w umowach z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc wynosiły odpowiednio: 733.068,73 zł, 958.521,04 zł, 1.910.901,23 zł, 962.835,87 zł, z czego NFZ sfinansował je w wysokości odpowiednio: 68,6%, 95,23%, 89%, 15,35%.

(dowód: akta kontroli str. 612-613)

33.-34 NFZ wypłacał należności świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za leczenie szpitalne na ogół terminowo. W latach 2012-2015⁴⁸ liczba faktur zapłaconych w terminie, o którym mowa w § 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁹ stanowiła odpowiednio: 96,2%, 90,2%, 97,6%, 100%.

Według wyjaśnień Dyrektora procedury ratujące życie realizowane są na bieżąco w PCCH, a rozliczane są przez NFZ w zamian za świadczenia planowe już zapłacone. Przez takie praktyki NFZ działa na swoją korzyść, gdyż pozbywa się konieczności płacenia za procedury ratujące życie, co jest jego obowiązkiem, nawet wówczas gdy są one tzw. „nadwykonaniami”. Zdaniem Dyrektora, NFZ procedury planowe czyni nadwykonaniami, za które nie płaci. Szpital działający w ramach PCCHP odzyskuje należności generowane podczas wykonywania świadczeń medycznych nie mieszczących się w limitach określonych w umowach z NFZ, drogą postępowań sądowych z uwagi na odmowy NFZ ich zapłaty, i tak:

- w 2012 r. kwota niezapłaconych nadwykonań wyniosła 563.130,78 zł, z tego w listopadzie 2013 r. tj. po upływie 11 miesięcy na podstawie ugody sądowej NFZ wypłacił 58,79% tej kwoty, tj. 331.041,00 zł,

- w 2013 r. kwota niezapłaconych nadwykonań wyniosła 351.645,00 zł, z tego we wrześniu 2015 r. (tj. po upływie 1 roku i 9 miesięcy) na podstawie ugody sądowej NFZ wypłacił 89,7% tej kwoty (tj. 315.471,00 zł),

- w 2014 r. pozostaje nie zapłacona należność za świadczenia medyczne ratujące życie wykonane na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej OAiIT) w I półroczu 2014 r. w wysokości 585.921,46 zł wraz z kwotą 206.057,85 zł za leczonych pacjentów w Szpitalu zanim zostali przyjęci na OAiIT- należność jest aktualnie dochodzona w sądzie.

W latach objętych kontrolą łączna kwota należności dochodzonych na podstawie ugód sądowych wyniosła 1.438.491.31 zł.

Dyrektor poinformował, że podczas wykonywania świadczeń medycznych nie mieszczących się w limitach zawartych w umowach z NFZ, szpital generuje koszty leków, materiałów medycznych, opieki medycznej i hotelowej, których z powodu braku uregulowanych na bieżąco należności przez NFZ, nie jest w stanie zapłacić. W takiej sytuacji kontrahenci odzyskują swoje należności drogą sądową, co dodatkowo obciąża szpital kosztami postępowań sądowych oraz odsetkami od niezapłaconych rachunków. Obecnie kontrahenci odzyskują należności z 8% odsetkami. Tak więc z jednej strony NFZ nie wypłaca PCCHP terminowo należności, z drugiej zaś szpital nie będąc w stanie terminowo rozliczyć się ze swoimi kontrahentami pogłębia stan swojego zadłużenia poprzez niezapłacone świadczenia oraz koszty postępowań sądowych.

Według wyjaśnień Dyrektora wpływy z NFZ są zaniżone w stosunku do planowanych, z następujących przyczyn:

- od roku 2011 do chwili obecnej⁵⁰ punkt rozliczeniowy w leczeniu szpitalnym został wyceniony tylko dla PCCHP na poziomie 51 pkt, co jest ewenementem w skali kraju. Pomimo interwencji ze strony PCCHP oraz Marszałka Województwa Podkarpackiego cena za punkt rozliczeniowy nie została przez NFZ zmieniona, w

⁴⁸ Na dzień 10 listopada 2015 r.

⁴⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

⁵⁰ Okres prowadzenia czynności kontrolnych, tj. listopad 2015 r.

konsekwencji, czego roczne straty z tego tytułu wynoszą około 400.000,00 zł rocznie.

- brak możliwości rozliczenia pakietów onkologicznych, które zostały wprowadzone do kontraktów z NFZ od 2015 r. Podstawowym problemem w tej kwestii jest wprowadzenie w pakiecie onkologicznym wyłącznie ambulatoryjnego trybu diagnostyki pogłębionej bez możliwości finansowania diagnostyki szpitalnej. Niektóre zabiegi, jak dla przykładu, biopsja aspiracyjna czy bronchoskopia z pobraniem wycinków, jest badaniem inwazyjnym obciążonym ryzykiem nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta z powodu np. krwotoku z płuca czy też nagłego zatrzymania krążenia i z tych to powodów nie może być wykonywana w warunkach ambulatoryjnych. Pakiet onkologiczny dopuszcza rozliczenie z oddziału zachowawczego tylko dwie procedury, tj. bronchoskopia interwencyjna, która w diagnostyce onkologicznej nie ma zastosowania oraz EBUS⁵¹, możliwa tylko u niektórych pacjentów z podejrzeniem raka płuc.

- wycena badań kosztochłonnych jak dla przykładu PET⁵² jest znacznie przez NFZ zaniżona. Zdaniem Dyrektora regulacje dotyczące pakietu onkologicznego są na niekorzyść PCCHP. Od 1 listopada 2015 r. trwają prace nad poprawą regulacji w ramach pakietu onkologicznego. Utracona kwota z nierozliczonych pakietów onkologicznych na 31 sierpnia 2015 r. wynosi 474.476,46 zł.

- w 2015 r. zostały zmienione zasady wyceny punktowej przez NFZ: zabiegi D03⁵³ dokonywane na bloku operacyjnym w 2014 r. były wycenione na 137 pkt - a obecnie⁵⁴ wartość ta wynosi 130 pkt, ponadto z grupy zabiegów D03 wyłączono dwie procedury i zaniżono na nich wycenę o 57 pkt dopisując dla nich grupę zabiegów D06⁵⁵. W rezultacie powyższych zmian PCCHP straciło w okresie styczeń – lipiec 2015 r. kwotę w wysokości 484.704,00 zł w stosunku do 2014 r.

- NFZ płaci kontrolowanej jednostce za procedury wykonane na dwóch oddziałach jedynie pod warunkiem przerwy w hospitalizacji trwającej co najmniej 14 dni, co godzi w skuteczność leczenia, a co za tym idzie w dobro pacjenta. Jeżeli na jednym oddziale PCCHP pacjent miał wykonaną diagnostykę, a na innym leczenie, to NFZ refunduje koszty leczenia tylko na jednym oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 159-181, 182-193)

35. Kontrolowana jednostka dokonała wycen poszczególnych procedur medycznych ustalając jednostkowy koszt ich wytworzenia. Procedury wykonywane w trybie hospitalizacji NFZ wycenił następująco: leczenie szpitalne – 51 zł za 1pkt rozliczeniowy, oddział anestezjologii i intensywnej terapii – 52 zł za 1 pkt, izba przyjęć – stawka za 1 dzień – 2.340,00 zł, chemioterapia – 52 zł za 1 pkt, leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) – 52 zł za 1 pkt rozliczeniowy oraz refundacja za leki.

(dowód: akta kontroli str.159-161)

Dział Finansowo-Księgowy PCCHP nie prowadził ewidencji jednostkowych kosztów świadczeń medycznych wg jednostek chorobowych na oddziałach szpitalnych – zadaniowych. Wyliczany jest średni koszt osobodnia i hospitalizacji pacjenta na oddziale oraz koszt wykonania procedury. Zazwyczaj oprócz jednostki chorobowej podstawowej pacjent cierpi na choroby towarzyszące, przez co koszt leczenia poszczególnych osób jest zróżnicowany. PCCHP prowadzi ewidencję

⁵¹ EBUS- ultrasonografia przezoskrzelowa z przezoskrzelową biopsją cienkoigłową (EBUS/ TBNA).

⁵² PET- pozytonowa tomografia emisyjna.

⁵³ D03 - duże zabiegi klatki piersiowej.

⁵⁴ Listopad 2015 r.

⁵⁵ D06-średnie zabiegi klatki piersiowej.

jednostkowych kosztów świadczeń wykonywanych na oddziałach szpitalnych. Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora kontrolowana jednostka jest w trakcie doprecyzowania działania programu kalkulacji kosztów leczenia umożliwiającego wyliczenie kosztów leczenia i pobytu indywidualnie dla każdego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. Wyjaśnienia Głównego księgowego)

NFZ wycenił koszt jednego osobodnia dla chorych na gruźlicę leczonych długoterminowo na 4 pkt, a na gruźlicę wielolekooporną na 5 pkt, w 2015 r. wartość jednego pkt dla PCCHP wynosiła 51,00 zł.

W latach 2012-2015 średni koszt świadczenia w trybie hospitalizacji (tzw. osobodzień) wynosił (w zł):

- Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc odpowiednio⁵⁶: 403,41; 393,99; 383,26 ; 389,98
- w Klinice Pulmunologii i Chorób Alergicznych odpowiednio: 434,75 ; 467,93 ; 504,18 ; 484,95
- w Klinice Pulmunologii i Chemioterapii odpowiednio: 456,89 ; 527,55 ; 565,99 ; 609,41
- w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej odpowiednio: 1095,04 ; 971,24 ; 1003,93⁵⁷ ; 1085,42
- na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii: w 2014 r. – 4.058,73 i w 2015 r. 3.483,58

Do kosztów jednostkowych wytworzenia zaliczono następujące ich rodzaje: zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, koszty wynagrodzeń, koszty ubezpieczeń społecznych i innych, amortyzacja, pozostałe koszty rodzajowe.

(dowód: akta kontroli str. 223-234)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i 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 Kontroli⁵⁸, wnosi o:

1. Dostosowanie zasad informowania pacjentów rejestrujących się osobiście i telefonicznie o terminie udzielenia świadczenia do obowiązujących przepisów.
2. Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, w tym wyodrębnienie pomieszczenia głównego, w którym powinno się utworzyć punkt odbioru i punkt rozdziału materiałów do badań.

⁵⁶ Koszt procedur medycznych na oddziale gruźlicy i chorób płuc został uśredniony z uwagi na ustalenie dla wewnętrznych rozliczeń PCCHP dwóch ośrodków kosztowych tzw. dół i góra

⁵⁷ W 2014 r. – liczono w PCCHP jednostkowy koszt leczenia pacjenta na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej wraz z blokiem operacyjnym.

⁵⁸ Dz.U. z 2015 r., poz.1096 ze zm.

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 Rzeszowie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Rzeszów, dnia 12 stycznia 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Dagmara Mazurkiewicz-Karasińska
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Wiesław Motyka

Kontroler
Monika Tyszka
Główny specjalista kontroli państwowej