



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-012-06/2014

P/14/118

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Nr i tytuł kontroli	P/14/118 – Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego.
Jednostka prowadząca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu.
Kontroler	Joanna Marczyk, główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr 89908 z dnia 21.07.2014 r. <i>(dowód: akta kontroli str. 1-2)</i>
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, zwany w dalszej części wystąpienia WSS lub Szpitalem.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krystyna Barcik – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. <i>(dowód: akta kontroli str.3)</i>

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2012-2014 (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą pozytywnej oceny były w szczególności: **(1)** wysoki stopień wykorzystania łóżek na Oddziale Medycyny Paliatywnej (ponad 80%), **(2)** właściwy sposób prowadzenia list oczekujących, przygotowania ofert/wniosek o finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (tj. zawierających niezbędne dane i spełniających wymogi formalno-prawne) oraz rozliczania umów/kontraktów zawartych z Dolnośląskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ) oraz **(3)** zabezpieczenie odpowiednich, zgodnych z przepisami, warunków kadrowych, lokalowych i sprzętowych do świadczenia usług medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości nie miały znaczącego wpływu na jakość realizowanych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, a polegały w szczególności na: **(1)** dopuszczeniu Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów do uczestniczenia w zmianie terminów udzielania świadczeń pacjentom (ostateczna akceptacja), mimo iż do jego zadań należała przede wszystkim ocena zasadności przyjęć pacjentów, **(2)** przekazaniu do DOW NFZ nierzetelnych danych o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia w maju i czerwcu 2012 r. (Oddział Medycyny Paliatywnej, zwany dalej Oddział MP), styczeń 2012 r., czerwiec 2012 r. i wrzesień 2012 r. (Hospicjum Domowe WSS w Legnicy, zwane dalej Hospicjum) oraz listopad 2013 r. (Oddział MP), **(3)** nieterminowym przekazaniu do Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, 19 faktur opiewających na kwotę 967 811,15 zł.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Dostępność pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego W latach 2012-2014 (I półrocze) w WSS w Legnicy funkcjonowały: Oddział MP, Hospicjum oraz Poradnia Medycyny Paliatywnej w WSS w Legnicy, zwana dalej Poradnia MP. Na Oddziale MP, w badanym okresie, dysponowano 20 łózkami, a wskaźnik ich wykorzystania² wynosił od 83,5% (w I półroczu 2013 r.) do 88,6% (w I półroczu 2014 r.)³. Na Oddziale tym zatrudniano dwóch lekarzy (dwa etaty), przy czym jeden był specjalistą w dziedzinie medycyny paliatywnej, a drugi został zatrudniony w trakcie odbywania specjalizacji w przedmiotowej dziedzinie. Czas oczekiwania pacjentów na podjęcie opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniósł: od pięciu do 27 dni⁴ (Oddział M P) oraz od 0 do 44 dni⁵ (Hospicjum Domowe).

(dowód: akta kontroli str.9, 10)

W badanym okresie listy osób oczekujących na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej prowadzono na Oddziale MP oraz w Hospicjum⁶. Rolę wewnętrzną regulacji dotyczącej rejestracji pacjentów oczekujących na świadczenia paliatywne i hospicyjne pełniło zarządzenie nr 252 Dyrektora Szpitala z dnia 31.10.2012 r., zgodnie z którym: (a) listę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w formie pisemnej oraz elektronicznej powinny prowadzić komórki organizacyjne, w których świadczenie zostanie wykonane, (b) elektroniczną formę listy oczekujących należy prowadzić w Systemie InfoMedica – Księga Oczekujących, (c) osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie listy oczekujących powinny być: personel udzielający świadczenia zdrowotnego w danej jednostce organizacyjnej lub pracownicy rejestracji (forma papierowa) i/lub pielęgniarka koordynująca (forma elektroniczna), (d) lista osób oczekujących na udzielenie świadczeń prowadzone w formie pisemnej powinny zawierać dane wymienione w art.20 ust.2 pkt.3-4 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,⁷ zwana dalej: ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Prowadzone na Oddziale MP oraz w Hospicjum listy oczekujących (dwie odrębne kolejki oczekujących) spełniały ww. warunki, bowiem rejestracji pacjentów dokonywano w dwojaki sposób: (a) w systemie informatycznym pn."InfoMedica" ver.4.33.2.0 (licencjonowane 03.2014 r.) oraz (b) w tradycyjny sposób (w formie papierowej), w księdze rejestrowej. Ponadto: (a) pacjentów wpisywano na listę oczekujących każdego dnia pracy Oddziału MP i Hospicjum, (b) osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie list oczekujących byli: pielęgniarka oddziałowa, lekarz oraz ordynator Oddziału MP, przy czym odpowiedzialność ta wynikała z dostępu ww. osób do elektronicznego systemu listy oczekujących, (c) na listę oczekujących wpisywano osoby posiadające skierowania od lekarzy, przy czym rejestracji można było dokonać również telefonicznie (dostarczając, w późniejszym

² 86,2% w I półroczu 2012 r., 84,5% w II półroczu 2012 r., 83,5% w I półroczu 2013 r., 87,0% w II półroczu 2013 r. oraz 88,6% w I półroczu 2014 r.

³ Według Ministerstwa Zdrowia zalecany wskaźnik wykorzystania łóżek wynosi 80%, optymalny 85%, z wyłączeniem wybranych specjalności medycznych, tj. choroby zakaźne, pediatria.

⁴ Od pięciu do-12 dni w 2012 r., od sześciu do 27 dni w 2013 r., od sześciu do 21 dni w 2014 r.

⁵ Od 0 do 11 dni w 2012 r., od trzech do 44 dni w 2013 r., od ośmiu do dziewięciu dni w 2014 r.

⁶ W Poradni MP świadczenia medyczne udzielane były na bieżąco.

⁷ Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz.1027 ze zm.

czasie skierowanie), (d) na listę oczekujących wpisywano w kolejności zgłoszeń, (e) informacje o przyjętym trybie (zasadach) wpisywania na listę oczekujących podane były do publicznej wiadomości na stronie internetowej Szpitala. Ponadto, prowadzona przez Szpital dokumentacja w zakresie kolejności udzielania świadczeń (elektroniczna i papierowa), zawierała wszystkie elementy wymienione w art.20 ust.2 pkt.3-4 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, tj. (a) nr kolejny (w systemie elektronicznym – nadawany przez system, w formie papierowej – nr kolejny pozycji), (b) datę i godzinę wpisu, (c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy, (d) nr PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, (e) rozpoznanie lub powód przyjęcia, (f) adres świadczeniobiorcy, (g) numer telefonu (w systemie elektronicznym – odrębne pole) lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą (w systemie elektronicznym i papierowym – dane te wpisywane były w uwagach), (i) imię i nazwisko (w systemie elektronicznym – zapis dokonywany automatycznie, w ww. polu wpisywane były dane osoby dokonującej wpisu, zalogowanej do systemu) oraz podpis osoby dokonującej wpisu (w systemie elektronicznym rolę podpisu pełni wpis w polu dot. danych osoby dokonującej wpisu, generowany automatycznie), (j) w przypadku skreślenia pacjenta z „listy oczekujących” – data i przyczyna skreślenia świadczeniobiorcy.

(dowód: akta kontroli str. 4-8)

Oceny rzetelności i poprawności prowadzonych list oczekujących dokonywał od 31.10.2012 r. Zespół ds. oceny przyjęć pacjentów, powołany zarządzeniem nr 252 Dyrektora WSS w Legnicy, stosownie do art.21 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Do zadań ww. Zespołu należało przeprowadzanie oceny list oczekujących na świadczenia pod względem: (1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji, (2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz (3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Powyższe oceny zgodnie z § 3 ww. zarządzenia, powinny być dokonywane co najmniej raz w miesiącu, a ich wyniki dokumentowane w raportach z oceny.

W badanym okresie przeprowadzono 30 takich ocen (raz w miesiącu) i udokumentowano je w raportach z oceny. W żadnej z nich nie wykazano nieprawidłowości prowadzenia dokumentacji dotyczącej list pacjentów oczekujących.

(dowód: akta kontroli str.67-69, 82-87)

Szpital, stosownie do § 8 pkt 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.06.2008 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*⁸, zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, comiesięcznie przekazywał do DOW NFZ informacje nt. liczby osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień miesiąca oraz średniego czasu oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str.17-18, 11-16)

Średni czas oczekiwania był automatycznie wyliczany w systemie InfoMedica, tj. produkcie firmy Asseco Poland S.A., której przedstawiciel oświadczył, że dostarczone przez nią oprogramowanie jest zgodne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, lub przepisami prawa wewnętrznymi obowiązującymi wydanymi na

⁸ Dz. U. z 2013, poz.1447.

podstawie delegacji ustawowej, obowiązującymi wykładnikami prawa oraz wskazówkami jednostek nadrzędnych, np. NFZ, Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str.49-50)

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

1. Zespół ds. oceny przyjęć pacjentów uczestniczył w procesie zmian terminów udzielania pacjentom świadczeń (ostateczna akceptacja), mimo iż do jego zadań należała ocena zasadności i przyczyn tych działań.

(dowód: akta kontroli str.88-120)

Zastępca Dyrektora WSS w Legnicy podał min., że ocenę zasadności przyspieszenia terminu przyjęcia pacjenta do oddziału może dokonać jedynie specjalista określonego rodzaju. Osoba ta sprawuje jednocześnie nadzór nad przyjęciami i wypisami chorych z oddziału. Ze względów organizacyjnych, pracy oddziału, a także transparentność, bezstronność oraz obiektywny charakter, decyzja o przyspieszeniu przyjęcia podejmowana było w trakcie posiedzenia zespołu. Taki tryb powodował, że zespół oceniając zasadność podjętej decyzji jest w pełni poinformowany co do przesłanek uzasadniających tę decyzję. Ponadto nadmienił, że Zespół Akredytacyjny podczas ubiegłorocznej wizyty, zakończonej przyznaniem akredytacji, pozytywnie ocenił taki tryb podejmowania decyzji w sprawie przyspieszeń oczekujących osób na świadczenia medyczne w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

(dowód: akta kontroli str.77-79)

2. W przypadku okresów: maj - czerwiec 2012 r. (Oddział MP)⁹, styczeń 2012 r., czerwiec 2012 r. i wrzesień 2012 r. (Hospicjum)¹⁰ oraz listopad 2013 r. (Oddział MP)¹¹ przekazane do NFZ dane o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia nie odzwierciedlały zapisów w systemie InfoMedica.

(dowód: akta kontroli str.17-18, 11-16)

Kierownik Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej WSS w Legnicy oświadczyła, że przekazane inspektorowi NIK „zrzuty” danych z systemu InfoMedica, a dotyczące kolejek oczekujących na świadczenia, zawierały dane aktualne na dzień przekazania. W związku z tym wykazane przez kontrolę NIK ustalenia dotyczące V-VI'2012 (Oddział MP), I'2012, VI'2012 i IX;2012 (Hospicjum) oraz XI'2013 (Oddział MP) są efektem dokonanych po wysłaniu do DOW NFZ statystyk w ww. zakresie. Zdarzały się bowiem przypadki błędów pracowników polegające na wpisaniu dat przyjęć pacjentów z opóźnieniem co do faktycznego przyjęcia. To mogło powodować, że w momencie tworzenia statystyk taki pacjent wliczany był jako oczekujący, mimo iż faktycznie został z tej listy skreślony z powodu wykonania świadczenia. W latach 2012-2014 Szpital podjął działania w celu uniknięcia ww. błędów. Dowodem na skuteczność tych działań jest fakt, że kontrola NIK nie wykazała błędów w ww. statystykach za okres I półrocza 2014 r.

⁹ Do DOW NFZ wysłano informacje o trzech (V'2012) i trzech (VI'2012) osobach oczekujących na przyjęcie na Oddział MP; natomiast z systemu InfoMedica wynikało, że tych osób było: dwie (V'2012) i dwie (VI'2012).

¹⁰ Do DOW NFZ wysłano informacje o dwóch (I'2012), nie było oczekujących (VI'2012) i o dwóch (IX'2012) osobach oczekujących na przyjęcie do Hospicjum, a z systemu InfoMedica wynikało, że tych osób było: jedna (I'2012), jedna (VI'2012) i nie było osób (IX;2012).

¹¹ Do DOW NFZ wysłano informacje o pięciu (XI'2013) osobach oczekujących na przyjęcie na Oddział MP; a z systemu InfoMedica wynikało, że tych osób było trzy(XI'2012).

(dowód: akta kontroli str.54- 60)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W ocenie NIK, uczestnictwo członków Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów w procesie zmian terminów udzielania świadczeń (tj. ostateczna akceptacja) koliduje z przydzielonym im zadaniem oceny prawidłowości tej czynności. W związku z powyższym, zdaniem NIK, należałoby rozdzielić ww. zadania pomiędzy różne osoby/grupy osób, tak aby kontrola prawidłowości, tj. zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń nie należała do osób podejmujących te decyzje.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zakresie dostępności pacjentów do świadczeń medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2. Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

Obowiązujący w latach 2012-2014 (I półrocze) kontrakt z DOW NFZ został zawarty na podstawie złożonych przez Szpital w dniu 21.11.2011 r. ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w Oddziale MP, Hospicjum oraz Poradni MP. Powyższe oferty (wnioski o finansowanie) z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zawierały wszystkie niezbędne dane i spełniały wymogi prawne. Ponadto, Szpital dysponował sprzętem wykazanym w ofercie.

W wyniku złożenia ww. ofert, w dniu 25.01.2012 r. podpisano umowę/kontrakt¹² na trzy lata, przy czym w 2012 r. wartość pierwotnie podpisanego kontraktu¹³ stanowiła 44,3% (Poradnia PM), 96,2% (Hospicjum) oraz 83,1% (Oddział PM) wnioskowanego przez Szpital finansowania¹⁴. W następnych latach, przy aneksowaniu ww. kontraktu w zakresie wielkości finansowania, w protokołach z negocjacji z NFZ nie odnotowano propozycji Szpitala. W 2013 r. wartość pierwotnego kontraktu wzrosła w stosunku do pierwotnej umowy z poprzedniego roku o: 4,6% (Poradnia PM), 15% (Hospicjum) oraz 0,2% (Oddział PM)¹⁵. W 2014 r. obniżono wartość pierwotnego kontraktu na świadczenia zdrowotne w Poradni PM o 5,8% oraz zwiększono wartość świadczeń w Hospicjum o 18,5%¹⁶ w stosunku do pierwotnej umowy z poprzedniego roku. Wartość finansowania świadczeń w Oddziale PM w 2014 r. pozostała bez zmian w stosunku do pierwotnego kontraktu poprzedniego roku.

(dowód: akta kontroli str.121-323,32-44)

Przedstawiciel DOW NFZ odpowiadając na pytanie: „Dlaczego w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej DOW NFZ nie uwzględnił proponowanej przez Szpital wartości kontraktu ?” podał, że ustalenia końcowe protokołu z negocjacji stanowią wypadkową kilku elementów: Planu Finansowego, wykonania umowy, potencjału świadczeniodawcy oraz wskaźników nakładów na 10 000 mieszkańców. Protokół końcowy jest efektem wspólnych ustaleń, na które zgadzają się obie strony, w związku z tym zarówno

¹² Aneksowany m.in. corocznie w zakresie warunków finansowych.

¹³ Bez późniejszych aneksów.

¹⁴ Propozycja Szpitala: 1 560 jednostek po 36,80 zł = 57 408 zł (Poradnia PM), 5 490 jednostek po 42,74 zł = 234 697,50 zł (Hospicjum) oraz 7 686 jednostek po 200 zł = 1 537 200 zł (Oddział PM). Propozycja DOW NFZ (równa wartość kontraktu): 692 jednostki po 36,80 zł = 25 465,60 zł (Poradnia PM), 5 284 jednostki po 42,75 zł = 225 891 zł (Hospicjum) oraz 6 390 jednostek po 200 zł = 1 278 000 zł (Oddział PM).

¹⁵ Wartość kontraktu w 2013 r.: 724 jednostki po 36,80 zł = 26 643,20 zł (Poradnia PM), 6 079 jednostek po 42,75 zł = 259 877,25 zł (Hospicjum) oraz 6405 jednostek po 200 zł = 1 281 000 zł (Oddział PM).

¹⁶ Wartość kontraktu w 2014 r.: 682 jednostki po 36,80 zł = 25097,60 zł (Poradnia PM), 6319 jednostek po 42,75 zł = 270137,25 zł (Hospicjum) oraz 6405 jednostek po 200 zł = 1 281 000 zł (Oddział PM).

propozycja Świadczeniodawcy jak i DOW NFZ są zbieżne i stanowią wynik rozmów pomiędzy obiema stronami oraz warunki finansowania świadczeń określone w umowie na kolejny rok. Procentowa analiza rozłożenia środków w poszczególnych latach jest sprawą dynamiczną, na którą mają wpływ wskazane we wstępie elementy. Należy zaznaczyć, że ogólną tendencję stanowi wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, co przekłada się na systematyczne zwiększanie wartości kontraktów w tym rodzaju, czego przykładem było finansowanie świadczeń w WSS w Legnicy. Jeżeli dochodzi do obniżenia wartości kontraktu (tak jak w przypadku poradni medycyny paliatywnej), następuje to po przeprowadzonej analizie wykonania umowy, w wyniku której stwierdzono niedowyożonania świadczeń realizowanych w umowach.

(dowód: akta kontroli str.61-66)

Ostateczne (po podpisaniu aneksów w ciągu badanych lat) kontrakty podpisane z DOW NFZ opiewały na łączną kwotę: 1 560 656,60 zł¹⁷ (w 2012 r.), 1 614 832,15 zł¹⁸ (w 2013 r.), 1 632 536,60 zł¹⁹ (w 2014 r.) obejmując m.in. wszystkie posiadane przez WSS w Legnicy łóżka na Oddziale MP. Kontrakty zawarte z DOW NFZ w latach 2012-2013 zostały zrealizowane: w 100% (w 2012 r.) i w 101,7%²⁰ (w 2013 r.). W I półroczu 2014 r. realizacja kontraktu przekroczyła wyznaczony limit o 49 127,95 zł.

(dowód: akta kontroli str.285-323, 29)

Dyrektor WSS w Legnicy w złożonych wyjaśnieniach podała, że przyczyną powstania nadwyożonania w 2013 r. i I półroczu 2014 r. było zwiększenie liczby pacjentów zgłaszających się do Hospicjum, a Szpital, z uwagi na charakter świadczeń udzielanych w tej jednostce, nie mógł odmówić chorym objęcia opieką hospicyjną.

(dowód: akta kontroli str.30)

Podstawą rozliczeń Szpitala z DOW NFZ za świadczenia udzielone w okresach sprawozdawczych (miesiącach), stosownie do §12 pkt 1 zarządzenia Prezesa nr 79/2011/DSOZ, były rachunki wraz z raportami statystycznymi składane na piśmie oraz przesyłane w formie elektronicznej (§ 12 pkt 3 ww. zarządzenia). Jednostkami rozliczeniowymi były: osobodzień (Hospicjum i Oddział MP) oraz porada (Poradnia MP).

(dowód: akta kontroli str.19-22)

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

W procesie rozliczenia umów zawartych z DOW NFZ: (a) 19 faktur opiewających na łączną kwotę 967 811,15 zł zostało przesłanych po upływie terminu 10 dni, o którym mowa w § 12 pkt 3 zarządzenia Prezesa nr 79/2011/DSOZ, (b) na sześciu fakturach, na łączną kwotę 259 549,25 zł nie odnotowano ich przekazania do DOW NFZ.

¹⁷ W tym 762 porady x 36,80 zł = 28 041,60 zł (Poradnia MP), 6 260 osobodni x 42,75 zł = 267 615,00 zł (Hospicjum) i 6 325 osobodni x 200 zł = 1 265 000,00 zł (Oddział MP).

¹⁸ W tym 663 porad x 36,80 zł = 25 134,40 zł (Poradnia MP), 7 221 osobodni x 42,75 zł = 308 697,75 zł (Hospicjum), 6 405 osobodni x 200 zł = 1 281 000,00 zł (Oddział MP).

¹⁹ W tym 682 porad x 36,80 zł = 25 097,60 zł (Poradnia MP), 7 636 osobodni x 42,75 zł = 326 439,00 zł (Hospicjum), 6 405 osobodni x 200 zł = 1 281 000,00 zł (Oddział MP).

²⁰ Przekroczenie limitu umowy wyniosło 27 658,15 zł. DOW NFZ do chwili obecnej nie zapłacił za nadwyożonania.

(dowód: akta kontroli str.19-22)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa WSS w Legnicy w wyjaśnieniach podał min., że sześć faktur na łączną kwotę 259 549,25 zł zostało w stosownym terminie przekazane do DOW NFZ. Praktyką jaką kieruje się Fundusz dotyczącą przyjmowania faktury było jej sprawdzenie z zapisami w systemie. Dopiero po przeprowadzeniu weryfikacji, faktura była akceptowana, na dowód czego przystawiana była pieczęć wpływowa. W przypadku wymienionych faktur zostały one zwrócone z pismem bez potwierdzenia z powodu błędnie wprowadzonych uprawnień. Świadczenia, które znajdowały się w niżej wymienionych fakturach po naniesieniu stosownych poprawek zostały sprzedane w innym terminie. Ponadto, oświadczył, że:

- siedem faktur na łączną kwotę 586 680,64 zł zostało wystawionych przed terminem, o którym mowa w § 12 pkt 3 zarządzenia Prezesa nr 79/2011/DSOZ. Niemożliwe jednak było wydrukowanie ze strony DOW NFZ załączników do nich, a w związku z tym przedstawienie pełnej dokumentacji w DOW NFZ, gdyż umowa/kontrakt była akurat w trakcie aneksowania przez DOW NFZ. W związku z tym, ww. faktury zostały złożone do DOW NFZ po zamieszczeniu (przez DOW NFZ) w systemie odpowiedniego pliku aneksowanej umowy i wydrukowaniu do nich załączników, tj. po terminie wynikającym z § 12 pkt 3 ww. zarządzenia,
- 11 faktur na łączną kwotę 367 330,50 zł zostało wystawionych przez WSS w Legnicy po terminie z powodu konieczności poprawienia błędów związanych z weryfikacją, którą przeprowadzał NFZ,
- jedna faktura na kwotę 13 800 zł została anulowana na wniosek DOW NFZ ze względu na błędne wpisanie podstawy ubezpieczenia u rozliczanego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str.70-76, 80-81)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli, ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zakresie finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3. Warunki udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego Zasoby będące w dyspozycji Szpitala służące wykonywaniu świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej tzn. rodzaj i wielkość pomieszczeń, stopień ich przystosowania dla osób niepełnosprawnych oraz zaopatrzenie w sprzęt były zgodne z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy/kontraktu z DOW NFZ. Ponadto, sprzęt wymieniony w ww. harmonogramie spełniał warunki określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej²¹ zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(dowód: akta kontroli str.23-25, 26-27, 45-48,77-79)

Obiekty, w których znajdowały się Oddział MP, Hospicjum oraz Poradnia MP miały, w badanym okresie, uregulowany stan prawny. Działki nr 1265/5, 1265/6. 1265/7

²¹ Dz. U. poz.1347.

o powierzchni 216.895 m² zabudowane budynkami szpitalnymi i pomocniczymi dla działalności szpitalnej oraz budowlami, położone przy ul. Iwaszkiewicza nr 5 (obiekty całego Szpitala), objęte księgą wieczystą KW nr 56441 prowadzoną przez Sąd Rejonowy w Legnicy, w dniu 25.04.2005 r. były przedmiotem umowy użytkowania (w formie aktu notarialnego Rep.A nr 1337/2005) między ich właścicielem tj. Samorządem Województwa Dolnośląskiego, a WSS w Legnicy. Na mocy ww. umowy WSS w Legnicy przyjął w użytkowanie ww. nieruchomości, bez możliwości zbywania tego prawa.

(dowód: akta kontroli str.324-327)

W badanym okresie oraz w okresach poprzedzających, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7.07.1994 r. *Prawo budowlane*²² (zwanej dalej: Prawem budowlanym), obiekty budowlane, w których znajdowały się Oddział MP, Hospicjum oraz Poradnia MP poddawano okresowym kontrolom: (a) elementy budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu (art.62 ust.1 pkt 1a), (b) przewody kominowe (art.62 ust.1 pkt 1c), (c) instalacje elektryczne (art.62 ust.1 pkt 2) oraz (d) instalacji piorunochronnej (art.62 ust.1 pkt 2). Wszystkie ww. kontrole dokumentowano protokołami, a w żadnym z powyższych przypadków nie stwierdzono złego stanu technicznego budynków lub jego instalacji. Dla ww. obiektów prowadzono również ksiązkę obiektu budowlanego (art.64 ust.1 ww. ustawy).

(dowód: akta kontroli str.328-363)

W trakcie przeprowadzonych oględzin (w dniu 4.08.2014 r.) ustalono co następuje: (a) Oddział MP, Hospicjum oraz Poradnia MP znajdowały się w kompleksie budynków/segmentów oznaczonych nr 3A, 3B i 3C, (b) warstwa fakturowa wszystkich ww. segmentów to: tynk mineralny na warstwie ociepleniowej (styropian + klej), a jej stan techniczny był dobry (w trakcie oględzin nie zauważono pęknięć lub odpadającego tynku), (c) żaden z ww. segmentów nie posiadał attyk, filarów, gzymsów, loggii i balkonów, (d) w trakcie oględzin nie zauważono ubytków balustrad przy ww. budynkach (tj. balustrad podjazdów dla niepełnosprawnych, poręczy przy schodach, poręczy okalających wejścia do budynków), (e) nie stwierdzono zniszczeń i/lub ubytków odwodnienia budynku, obróbek blacharskich, pokryć dachowych oraz urządzeń stanowiących zabezpieczenie przeciwpożarowe,²³ (f) segment 3A, gdzie umiejscowiono Poradnię i Oddział MP oraz Hospicjum spełniał warunki do korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne (podjazd do budynku, winda), (g) główna wewnętrzna rozdzielnia elektryczna (dot. segmentów 3A, 3B i 3C) oraz rozdzielnie na II piętrze segmentu 3A (Poradnia i Oddział MP oraz Hospicjum) zostały zabezpieczone (zamknięte na zamki) przed dostępem osób nieuprawnionych, wszystkie ww. rozdzielnie w trakcie oględzin były zamknięte.

(dowód: akta kontroli str.26-27, 28, 364-376)

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

²² Dz. U. z 2013 r., poz.1409.

²³ Na Oddziale MP stwierdzono trzy gaśnice po 4 kg - GP-4xABC (sześć jednostek masy środka gaśniczego), wszystkie z aktualnym certyfikatem, tj. zgodnie z wymogiem zawartym w § 32 ust.3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7.06.2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie warunków udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

4. Sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorym

Opis stanu faktycznego W latach 2012-2014 (I półrocze) na Oddziale MP, w Hospicjum oraz Poradni MP zatrudniano dwóch lekarzy²⁴, 18 pielęgniarek, czterech psychologów oraz jednego fizjoterapeutę. Stosownie do wymogów załącznika nr 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych ww. personel spełniał warunki w zakresie wykształcenia oraz wymiaru czasu pracy bowiem:

(a) lekarze: jeden - specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, a drugi był w trakcie specjalizacji w ww. dziedzinie (wymóg obowiązujący w Oddziale MP, Hospicjum oraz Poradni MP); zatrudnieni w wymiarze 75 h 50 min. (na Oddziale MP) oraz 31 h (w Hospicjum) tygodniowo, co odpowiadało równoważnikowi jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek (wymóg obowiązujący w Oddziale MP) oraz równoważnikowi jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniodawców (wymóg obowiązujący w Hospicjum),

(b) wszystkie pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej (wymóg obowiązujący w Oddziale MP, Hospicjum oraz Poradni MP) i zostały zatrudnione w wymiarze 652 h 5 min. (na Oddziale MP) i 38 h (w Hospicjum) tygodniowo, co odpowiadało 100% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy (wymóg obowiązujący na Oddziale MP i w Hospicjum) oraz równoważnikowi jednego etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców (wymóg obowiązujący w Hospicjum),

(c) wszyscy psycholodzy posiadali wykształcenie psychologiczne (wymóg obowiązujący w Oddziale MP, Hospicjum oraz Poradni MP), zatrudnieni w wymiarze 59 h 55 min. (na Oddziale MP) i 10 h (w Hospicjum) tygodniowo, co odpowiadało równoważnikowi 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek (wymóg obowiązujący w Oddziale) oraz równoważnikowi 1/2 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców (wymóg obowiązujący w Hospicjum),

(d) fizjoterapeuta posiadała tytuł zawodowy technika fizjoterapii (wymóg obowiązujący w Oddziale MP oraz Hospicjum), zatrudniona w wymiarze 12 h (na Oddziale MP) i 21 h 58 min. (w Hospicjum) tygodniowo, co odpowiadało równoważnikowi 1/4 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek (wymóg obowiązujący na Oddziale MP) oraz równoważnikowi 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców (wymóg odpowiadający w Hospicjum).

(dowód: akta kontroli str.377-396)

WSS w Legnicy nie posiadał informacji czy, w latach 2012-2014 (I półrocze), wystąpiły przypadki nakładania się czasu pracy personelu medycznego u różnych pracodawców. Z-ca Dyrektora Szpitala oświadczył, że w ww. okresie nie wystąpiły przypadki ograniczenia dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej z tego tytułu.

(dowód: akta kontroli str.31)

²⁴ Wszystkich lekarzy zatrudniono w oparciu o umowę o pracę.

W latach 2012-2014 (I półrocze) nie wpłynęły do WSS w Legnicy żadne uwagi, skargi bądź roszczenia związane z działalnością Oddziału MP, Hospicjum i Poradni MP.

(dowód: akta kontroli str.51, 397-408)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na chorym.

5. Nadzór i kontrola oraz załatwianie skarg i wniosków

Opis stanu faktycznego W badanym okresie, w WSS Legnica, ani DOW NFZ, ani Wojewódzki Konsultant w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej nie przeprowadzili kontroli Oddziału MP, Hospicjum i Poradni MP. W ww. okresie kontrole w Szpitalu przeprowadzili: (1) Wydział Kontroli Skarg i Wniosków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu w zakresie prawidłowości postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu w latach 2009-2010 (wystąpienie pokontrolne z dnia 9.07.2012 r.) oraz (2) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Legnicy w zakresie przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych (protokół kontroli z dnia 12.05.2014 r.).

Kontrola Urzędu Marszałkowskiego wykazała uchybienia i nieprawidłowości dotyczące głównie nieprzestrzegania przepisów ustawy z dnia 30.08.1991 r. *o zakładanej opiece zdrowotnej*²⁵ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31.010.2006 r. *w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu*²⁶. W wyniku ww. kontroli sformułowano następujące wnioski: (1) rozwiązać umowę z dzierżawcą, z uwagi na fakt, że oferta firmy ARKA winna być odrzucona, a najemca wykonywał na terenie Szpitala usługi pogrzebowe, (2) ustalić godziny odbioru zwłok z chłodni dla rodzin zmarłych pacjentów w powiązaniu z pracą Szpitala, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów, (3) sprawować kontrolę nad prawidłowością wykonywania zleconych usług i dokumentować fakt jej przeprowadzenia, (4) uwzględnić w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala postanowienia wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.04.2012 r. *w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta*²⁷, a także wynikające wprost z art.24 pkt 11 ustawy z dnia 15.04.2011 r. *o działalności leczniczej*, z uwzględnieniem art.204 ust.2 tej ustawy, (5) wprowadzić prawidłowy obieg dokumentów wytwarzanych w związku z wykonywaniem obowiązków przez Szpital w zakresie postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta, w tym rozważyć obowiązek prowadzenia ewidencji zawierającej wszystkie niezbędne dane dotyczące przechowywania w chłodni zwłok osób zmarłych, co umożliwi sprawowanie kontroli w zakresie prawidłowości realizacji umowy z dnia 1.02.2003 r. o świadczenie usług medycznych w zakresie patomorfologii, (6) przestrzegać art.13 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. *o działalności leczniczej*, która przewiduje, iż w miejscu udzielania świadczeń

²⁵ Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz.1489.

²⁶ Dz. U. z 2006 r., nr 203, poz.1503.

²⁷ Dz. U. z 2012 r., poz.420.

zdrowotnych nie mogą być świadczone usługi pogrzebowe oraz prowadzona ich reklama, w związku ze stwierdzonym wykonywaniem na terenie Szpitala usług polegających na przygotowaniu zwłok do pochówku, (7) wprowadzić prawidłowy obieg dokumentów wytwarzanych w związku z wykonywaniem obowiązków przez Szpital, w zakresie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu, a w szczególności wprowadzić obowiązek prowadzenia ewidencji zawierającej niezbędne dane dotyczące przechowywania zwłok osób zmarłych w chłodni, umożliwiające zweryfikowanie prawidłowości postępowania ze zwłokami zmarłych pacjentów, w tym pobierania od osób uprawnionych opłat.

Wszystkie ww. wnioski zostały wykonane.

W kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy nie wskazano nieprawidłowości bezpośrednio dotyczących Oddziału MP, Hospicjum lub Poradni MP.

(dowód: akta kontroli str.52, 53, 409-423)

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli, ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie nadzoru, kontroli i załatwiania skarg i wniosków.

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 Kontroli²⁸, wnosi o:

1. Rozdzielenie zadań Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów z zakresu kontroli prawidłowości prowadzenia list oczekujących od czynności związanych ze zmianą terminów wykonywania świadczeń, poprzez rozdzielenie tych zadań pomiędzy różne osoby/grupy osób, tak aby kontrola prawidłowości, tj. zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń nie należała do osób podejmujących te decyzje.
2. Podjęcie skutecznych działań organizacyjnych celem wyeliminowania nieterminowego przekazywania faktur do Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 we Wrocławiu.

²⁸ Dz. U. z 2012 r., poz.82.

Obowiązek poinformowania
NIK o sposobie wykorzystania
uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 30 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.

Wrocław, dnia 11 września 2014 r.

Kontroler
Joanna Marczyk
gł. specjalista k.p.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor
z up. Zdzisław Poręba
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis