



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-015-01/2014
P/14/062



03167614

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl



I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Beata Palinowska – inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89601 z dnia 27 maja 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku, ul. Fabryczna 27 15-471 Białystok („Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Jerzy Chojnowski – dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ sprawowanie przez Szpital opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym² na Oddziale Geriatrii, w Poradni Geriatrycznej i w Gabinetach lekarza rodzinnego w latach 2011–2014 (do 31 sierpnia). NIK zwraca jednak uwagę na znaczne wydłużenie w tym okresie czasu oczekiwania na przyjęcie na Oddział Geriatrii i liczby osób oczekujących na hospitalizację, co wpływa na ograniczenie dostępności do świadczeń dla osób w wieku podeszłym³.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocena pozytywna wynika z prawidłowego realizowania na Oddziale Geriatrii, w Poradni Geriatrycznej i w Gabinetach lekarza rodzinnego umów zawartych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku („POW NFZ”) oraz zapewnienia osobom w wieku podeszłym świadczeń medycznych zgodnych ze standardami opieki geriatrycznej. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na jakość usług medycznych świadczonych osobom w wieku podeszłym i polegały w szczególności na:

- nieprawidłowym prowadzeniu i ocenianiu list oczekujących na świadczenia z zakresu geriatryi,
- nieterminowym przekazywaniu POW NFZ raportów o kolejkach oczekujących na udzielenie świadczeń w Szpitalu,
- niezapewnieniu pacjentom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Prawidłowość realizacji umów zawartych z Podlaskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia

1.1. W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) udzielanie przez Szpital świadczeń w zakresie geriatryi (leczenie szpitalne) odbywało się na podstawie dwóch umów zawartych z POW NFZ⁴. Pierwotna wartość świadczeń ustalona w umowach wynosiła w latach 2011-2014 kolejno 1.655.103 zł, 1.757.860 zł, 1.875.796 zł i 1.875.796 zł. W wyniku ugody zawartej z POW NFZ 20 lutego 2012 r. w sprawie sfinansowania świadczeń udzielonych w 2011 roku

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

² Powyżej 65 lat.

³ Czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział Geriatrii wzrósł z 35 dni w styczniu 2011 roku do 120 dni w maju 2014 roku, zaś liczba oczekujących z 55 na koniec 2011 roku do 190 na koniec maja 2014 roku, co opisano w pkt 2.3 wystąpienia.

⁴ Umowa z 30 grudnia 2008 r. zawarta na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. i umowa z 30 grudnia 2011 r. obowiązująca od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r.

ponad ustalony limit i aneksów do umów, wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła w 2012 i 2013 roku odpowiednio do 1.801.392 zł i 1.919.998 zł.

(dowód: akta kontroli str. 5-87, 430, 438-466)

Koordinator Przychodni Szpitala wyjaśnił, że podczas składania ofert do POW NFZ zarówno na leczenie szpitalne jak i w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej kierowano się przede wszystkim wartością wcześniejszych umów, poziomem ich wykonania, a także możliwością do przyjęcia liczbą pacjentów. Natomiast zmiany wartości świadczeń wprowadzane aneksami wynikały z wniosków kierowanych przez Szpital do POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 565-566)

W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) liczba pacjentów w wieku podeszłym objętych opieką na Oddziale Geriatrii wynosiła odpowiednio 600, 633, 641 i 479, z czego w kolejnych miesiącach:

- 2011 roku od 32 do 64 (najmniej w grudniu, najwięcej w marcu),
- 2012 roku od 31 do 64 (najmniej w grudniu, najwięcej w sierpniu),
- 2013 roku od 38 do 73 (najmniej w lipcu i grudniu, najwięcej w sierpniu),
- 2014 roku od 48 do 69 (najmniej w czerwcu, najwięcej w kwietniu).

(dowód: akta kontroli str. 431)

Większość pacjentów Oddziału Geriatrii zamieszkiwała na terenie Białegostoku i powiatu białostockiego (w kolejnych latach 466, 510, 522 i 377 osób, co stanowiło od 77,7% do 81,4% ogółu pacjentów tego Oddziału w poszczególnych latach).

(dowód: akta kontroli str. 680-683)

Porównanie historii choroby 56 pacjentów Oddziału Geriatrii z lat 2011–2013 z raportami przesłanymi POW NFZ wykazało, że Szpital przekazywał POW NFZ rzetelne dane dotyczące rozpoznania choroby i wykonanych procedur medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 371-391)

W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) przychody Szpitala z tytułu realizacji świadczeń na Oddziale Geriatrii wynosiły kolejno 1.653.137 zł, 1.801.392 zł, 1.919.998 zł i 1.250.492 zł, zaś koszty 1.870.776 zł, 1.810.537 zł, 1.993.235 zł i 1.482.069 zł. Wyniki finansowe działalności Oddziału Geriatrii zamknęły się w tych latach stratami w kwotach odpowiednio 217.639 zł, 9.145 zł, 73.237 zł i 231.577 zł.

(dowód: akta kontroli str. 429)

POW NFZ zrefundował koszty leczenia na Oddziale Geriatrii osób w wieku podeszłym w kwotach wynoszących w latach 2011-2014 (do 31 sierpnia) kolejno 1.662.241 zł, 1.801.392 zł, 1.919.998 zł i 1.250.492 zł. Refundacja ta wynosiła od 89.429 zł w grudniu 2012 roku do 270.268 zł w październiku 2012 roku. W 12 miesiącach przewyższała ona poniesione koszty, zaś w pozostałych 32 miesiącach była niższa od kosztów leczenia pacjentów na Oddziale Geriatrii. Średni koszt świadczeń udzielonych jednemu pacjentowi wyniósł 3.041 zł, a średnia wysokość refundacji uzyskanej z POW NFZ – 2.819 zł.

(dowód: akta kontroli str. 433)

Świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalizacyjnej udzielane przez Szpital w Poradni Geriatrycznej były w latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) realizowane na podstawie dwóch umów podpisanych z POW NFZ⁵. Pierwotna wartość świadczeń ustalona w umowach wynosiła kolejno 57.456 zł, 102.157 zł, 107.139 zł i 112.371 zł, a w wyniku podpisanych aneksów została zmieniona odpowiednio na 44.280 zł, 117.223 zł, 94.073 zł i 112.371 zł.

(dowód: akta kontroli str. 88-153, 430)

⁵ Umowa z 31 grudnia 2008 r. zawarta na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. i umowa z 30 grudnia 2011 r. obowiązująca od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.

Liczba pacjentów, którym w latach 2011–2014 (do końca sierpnia) udzielono świadczeń w Poradni Geriatrycznej (porady ambulatoryjne) wynosiła 990, 2.336, 2.178 i 1.451, z czego w poszczególnych miesiącach:

- 2011 roku od 61 do 101 pacjentów (najmniej w sierpniu, najwięcej w październiku i listopadzie),
- 2012 roku od 101 do 247 (najmniej w lipcu, najwięcej w październiku),
- 2013 roku od 84 do 218 (najmniej w sierpniu, najwięcej w maju),
- 2014 roku od 150 do 214 (najmniej w lipcu, najwięcej w kwietniu).

(dowód: akta kontroli str. 433-434)

Większość pacjentów Poradni Geriatrycznej zamieszkiwała na terenie Białegostoku i powiatu białostockiego (w kolejnych latach 851, 1.983, 1.856 i 1.219 osób, co w poszczególnych latach stanowiło od 84% do 86% ogółu pacjentów, którym w tej Poradni udzielono świadczeń medycznych). Z kolei na przykład na terenie Łomży i powiatu łomżyńskiego zamieszkiwało odpowiednio 2, 12, 10 i 7 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 684-687)

Przychody Szpitala z tytułu świadczeń udzielonych w Poradni Geriatrycznej wyniosły w latach 2011-2014 (do końca sierpnia) kolejno 43.677 zł, 117.223 zł, 94.073 zł i 69.822 zł, a poniesione koszty odpowiednio 60.592 zł, 167.084 zł, 159.808 zł i 113.383 zł. Działalność Poradni Geriatrycznej z tym okresie zamknęła się stratami w wysokości kolejno 16.915 zł, 49.861 zł, 65.734 zł i 43.561 zł.

(dowód: akta kontroli str. 429)

Koszty świadczeń udzielonych przez Poradnię Geriatryczną zostały przez POW NFZ zrefundowane w kwotach wynoszących w latach objętych kontrolą kolejno 43.677 zł, 117.223 zł, 94.073 zł i 69.822 zł. Refundacja wynosiła od 2.228 zł w sierpniu 2011 roku do 13.568 zł w październiku 2012 roku i tylko w styczniu 2012 roku przewyższała koszty udzielonych świadczeń (o 530 zł). Średni koszt udzielonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniósł 72,02 zł, natomiast średnia wysokość refundacji uzyskanej z POW NFZ – 46,70 zł.

(dowód: akta kontroli str. 433)

Umowy zawarte z POW NFZ⁶ na świadczenia realizowane w latach 2011–2014 w ramach podstawowej opieki zdrowotnej („poz”) nie zawierały wartości zobowiązania Funduszu wobec Szpitala, a rozliczenia za świadczone usługi następowały na podstawie ilości osób zgłoszonych do lekarza rodzinnego i stawek przewidzianych w umowach. W ww. okresie wykonywanie świadczeń w zakresie poz Szpital zlecił podwykonawcy⁷, co szerzej przedstawiono w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

(dowód: akta kontroli str.154-335)

Według stanu na koniec stycznia i czerwca 2012, 2013 i 2014 roku na liście osób zgłoszonych do lekarza rodzinnego znajdowało się odpowiednio 3.524 i 3.601, 3.678 i 3.749 oraz 3.845 i 3.839 pacjentów, w tym odpowiednio 33 i 31, 32 i 29 oraz 26 i 26 pacjentów w wieku podeszłym (ok. 1% pacjentów zgłoszonych do lekarz rodzinnego).

(dowód: akta kontroli str. 436)

Od stycznia 2011 roku do 31 sierpnia 2014 roku liczba pacjentów w wieku podeszłym, którym udzielono świadczeń w Gabinetach lekarza rodzinnego wynosiła corocznie 238, 224, 266 i 201, z czego w poszczególnych miesiącach:

- 2011 roku od 15 do 23 (najmniej w lutym, najwięcej w marcu i sierpniu),
- 2012 roku od 16 do 22 (najmniej w lipcu, najwięcej w styczniu),
- 2013 roku od 15 do 27 (najmniej w maju, najwięcej w październiku i grudniu),
- 2014 roku od 20 do 32 (najmniej w czerwcu, najwięcej w maju).

(dowód: akta kontroli str. 435)

⁶ Umowa z 28 grudnia 2010 r. zawarta na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r., umowa z 30 grudnia 2011 r. zawarta na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r. i umowa z 27 grudnia 2012 r. obowiązująca od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r.

⁷ Umowa z 23 grudnia 2004 r. obowiązująca od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2011 r., umowa z 12 grudnia 2011 r. obowiązująca od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r. i umowa z 27 grudnia 2012 r. zawarta na czas nieokreślony

Przychody Szpitala z tytułu realizacji świadczeń w Gabinetach lekarza rodzinnego wynosiły 601.392 zł w 2011 roku, 659.332 zł w 2012 roku, 684.287 zł w 2013 roku i 472.080 zł w 2014 roku (do 31 sierpnia), zaś koszty odpowiednio 545.462 zł, 600.914 zł, 633.116 zł i 448.348 zł. Na działalności Gabinetu Szpital osiągnął zysk we wszystkich latach objętych kontrolą, w wysokości odpowiednio 55.930 zł, 58.418 zł, 51.171 zł i 23.732 zł.

(dowód: akta kontroli str. 429)

POW NFZ zrefundował Szpitalowi koszty leczenia pacjentów w wieku podeszłym w Gabinetach lekarza rodzinnego w kwotach wynoszących w kolejnych latach objętych kontrolą 4.621 zł, 5.327 zł, 4.755 zł i 3.426 zł. Refundacja z POW NFZ kosztów leczenia wynosiła od 338 zł w maju 2011 roku do 519 zł w październiku 2012 roku. W 29 miesiącach przewyższała ona poniesione koszty, zaś w pozostałych 15 była niższa od kosztów leczenia pacjentów w Gabinetach. Średni koszt leczenia jednego pacjenta w wieku podeszłym wynosił 19,50 zł, a średnia wartość refundacji – 19,51 zł.

(dowód: akta kontroli str. 435)

Szpital prowadził ewidencję kosztów z podziałem na komórki organizacyjne, bez wyszczególnienia kosztów na każdego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 429)

1.2. W związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez Oddział Geriatrii i Gabinet lekarza rodzinnego POW NFZ nie nakładał na Szpital kar umownych. W wyniku nieprawidłowości stwierdzonych w działalności Poradni Geriatrycznej (nieprawidłowe wystawianie recept), Szpital został zaś ukarany (24 października 2013 r.) karą w wysokości 471,60 zł, którą uregulował 13 listopada 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 428)

Szpital zlecił wykonywanie świadczeń w zakresie poz podwykonawcy, który nie został wymieniony w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umów zawartych z POW NFZ 28 grudnia 2010 r., 30 grudnia 2011 r. i 27 grudnia 2012 r. (naruszenie § 2 ust. 2 tych umów). Osoby świadczące te usługi ze strony podwykonawcy zostały natomiast wymienione jako personel Szpitala w załącznikach do tych umów.

(dowód: akta kontroli str. 154-336)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że do wniosku o zawarcie umowy z POW NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju poz nie została dołączona umowa o podwykonawstwo. Szpital dokonał jednak zgłoszenia do POW NFZ osób udzielających świadczeń w rodzaju poz (we wniosku o zawarcie umowy). Przez cały okres obowiązywania umowy osoby te udzielały świadczeń zgodnie z harmonogramem zgłoszonym i zaakceptowanym przez POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 668-672)

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie prawidłowość realizacji przez Szpital umów zawartych z POW NFZ.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Ustalone nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Opis stanu faktycznego

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

2.1.1. W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) na Oddziale Geriatrii zatrudnieni byli lekarze specjaliści w dziedzinie geriatrii w ilości odpowiadającej równoważnikowi co najmniej jednego etatu, osoba prowadząca fizjoterapię (równoważnik co najmniej jednego etatu) oraz psycholog (równoważnik co najmniej 0,5 etatu), co było zgodne z pkt. 20 części I załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸ i pkt. 19 części I załącznika nr 3 wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w tej samej sprawie⁹. Na dzień 10 czerwca 2014 r. na Oddziale zatrudnionych było trzech lekarzy specjalistów II stopnia w dziedzinie geriatrii¹⁰ (równoważnik 1,1 etatu), dwóch specjalistów w dziedzinie geriatrii (w łącznej wysokości 1,52 etatu), dwóch lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, specjalista II stopnia w zakresie psychologii klinicznej oraz fizykoterapeuta.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1082.

¹⁰ W tym ordynator Oddziału.

Wśród pozostałego personelu zatrudnionego na Oddziale było sześć pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie opieki długoterminowej, w tym pielęgniarka oddziałowa. Szpital spełniał tym samym standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej w zakresie leczenia szpitalnego. Lekarze i inny personel medyczny zatrudnieni na Oddziale Geriatrii byli wykazani w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umowy zawartej z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 495-530)

W Poradni Geriatrycznej, na dzień 10 czerwca 2014 r., zatrudnionych było pięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii, co było zgodne z pkt 10 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹¹. Lekarze zatrudnieni w Poradni Geriatrycznej byli wykazani w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umowy podpisanej z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 495-530)

W dniu 10 czerwca 2014 r. w Gabinetecie lekarza rodzinnego zatrudniony był lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej (0,15 etatu) i cztery pielęgniarki specjalistki w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego, a pracę Gabinetu zorganizowano w godzinach od 8 do 18, co było zgodne z częścią I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹². Osoby pracujące w Gabinetecie lekarza rodzinnego były wykazane w zgłoszeniach aktualizacyjnych do umowy z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 495-530)

2.1.2. Oględziny Szpitala wykazały, że na parterze znajdowała się część dydaktyczno-administracyjna Oddziału Geriatrii oraz gabinety: zabiegowy i psychologa. W pokoju zabiegowym zlokalizowano zaplecze rehabilitacyjne dla chorych. Oddział Geriatrii umiejscowiony był na I piętrze i dysponował pięcioma salami dla pacjentów, w których łącznie znajdowało się 21 łóżek (sale znajdowały się w centrum obserwacji nadzoru pielęgniarskiego). Pomieszczenia i urządzenia Oddziału spełniały wymagania określone w §§ 19-20, 24, 27-28, 32-34 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³:

- odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- we wszystkich salach połączenie ścian z podłogą umożliwiało ich mycie i dezynsekcję,
- szerokość drzwi w pokojach łóżkowych umożliwiała ruch pacjentów na łózkach,
- każdy pokój wyposażony był w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemniki: z ręcznikami jednorazowymi oraz na zużyte ręczniki,
- wszystkie pokoje posiadały dostęp do światła dziennego, a w każdym oknie były zainstalowane urządzenia przeciwsłoneczne.

Przy podłodze zainstalowano dodatkowe oświetlenie. (dowód: akta kontroli str. 539-545)

Poradnia Geriatryczna zlokalizowana była na II piętrze budynku Szpitala (z windą), w sąsiedztwie innych gabinetów lekarskich. Gabinet rehabilitacji, fizykoterapii, pokój zabiegowy i psychologa umiejscowiono na I piętrze, a przed gabinetem była poczekalnia dla pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 539-545)

Gabinet lekarza rodzinnego znajdował się na parterze budynku i został podzielony na dwie części, oddzielone przeszkloną ścianą. W jednej części znajdowały się dwa gabinety lekarskie, zaś w drugiej gabinety lekarski i zabiegowy. W każdej z części znajdowała się poczekalnia dla pacjentów. Na drzwiach gabinetów lekarskich i zabiegowego znajdowały się informacje o nazwie poradni i nazwiskach lekarzy, lecz nie było danych o godzinach przyjęć (w trakcie kontroli NIK informacje te uzupełniono). (dowód: akta kontroli str. 534-538, 658)

¹¹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1413 (rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu aos”).

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 1248 (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie gwarantowanych świadczeń poz”).

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

2.1.3. W dniu oględzin (16 czerwca 2014 r.) stwierdzono, że Oddział Geriatrii był wyposażony w sprzęt wymieniony w pkt 20 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. cztery kardiomonytory i dwa aparaty EKG 12-odprowadzeniowy. Ponadto na wyposażeniu Oddziału Geriatrii były: defibrylator, USG, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy w wózku reanimacyjnym (AMBU), zestaw do intubacji, ssak, dostęp do tlenu, trzy pompy infuzyjne, glukometr, pulsoksymetry (jeden samodzielny oraz dwa przy kardiomonitorach), trzy parawany, pięć wózków inwalidzkich, a także sześć materacy przeciwoodleżynowych, urządzenie rehabilitacyjne PUR oraz waga krzesłkowa. Sprzęt stanowiący wyposażenie Oddziału odpowiadał określonymu w standardach postępowania w opiece geriatrycznej. (dowód: akta kontroli str. 539-545)

Na wyposażeniu Poradni Geriatrycznej był glukometr (w lokalizacji także USG), wymagany pkt 10 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeniach gwarantowanych z zakresu aos. Ponadto, zgodnie ze standardami świadczenia usług medycznych w geriatric, na wyposażeniu były: aparat EKG, waga lekarska oraz aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi. (dowód: akta kontroli str. 539-545)

W Gabinetecie lekarza rodzinnego znajdował się sprzęt zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń poz, w tym m. in. aparat EKG, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, trzy stoły do badania niemowląt z wbudowaną wagą, dwie wagi medyczne ze wzrostomierzem, tablice do badania ostrości wzroku, sprzęt i pomoce do przeprowadzania testów przesiewowych, zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, cztery aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, glukometr, otoskop, lodówki, kozetki lekarskie, stół zabiegowy, szafki na leki i wyroby medyczne. Na wyposażeniu Gabinetu nie było podstawowego zestawu narzędzi chirurgicznych, który w trakcie trwania kontroli uzupełniono.

(dowód: akta kontroli str. 535-538, 634-636, 658)

2.2. Na podstawie dokumentacji medycznej 56 pacjentów (42 kobiet i 14 mężczyzn) przebywających na Oddziale Geriatrii w latach 2011–2013 stwierdzono, że:

- wszystkich pacjentów przyjęto na podstawie skierowań, w tym 31 od lekarzy poz, 14 od lekarzy geriatrów, a pozostałych 11 od lekarzy innych specjalności;
- średni czas pobytu pacjentów na Oddziale wynosił siedem dni, z czego najkrótszy pobyt trwał dwa, a najdłuższy 17 dni;
- 54 pacjentów zamieszkiwało na terenie województwa podlaskiego (w tym 43 w powiecie białostockim), a dwóch na terenie województw sąsiednich (po jednym z lubelskiego i warmińsko-mazurskiego);
- podstawą diagnostyki leczenia i opieki nad wszystkimi pacjentami była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej, w ramach której dokonywano oceny czynnościowej (za pomocą skali ADL, IADL, Barthel), oceny stanu fizycznego (za pomocą skal TINNETTI, Nortona, oceny stanu odżywiania) i oceny stanu umysłowego (za pomocą geriatrycznej skali oceny depresji, skali MMSE). Dodatkowo u 12 pacjentów przeprowadzono ocenę neuropsychologiczną, a u 16 „test rysowania zegara”;
- w przypadku 40 pacjentów informacja o przebiegu poprzednich hospitalizacji pochodziła wyłącznie z wywiadu przeprowadzonego w dniu przyjęcia, a w przypadku pozostałych 16 także z przedłożonych kart informacyjnych;
- 55 pacjentom zalecono dalsze leczenie, w tym 37 w Poradni Geriatrycznej, a kolejnym ośmiu u lekarza poz. Z badanej grupy osób, jednemu pacjentowi zalecono kontynuację leczenia u pięciu lekarzy, siedmiu u czterech, 14 u trzech, 24 u dwóch, ośmiu u jednego, a jednego skierowano do pielęgniarskiej opieki długoterminowej;
- jednemu pacjentowi podczas wypisu przypisywano średnio osiem leków.

(dowód: akta kontroli str. 371-391)

Analiza dokumentacji medycznej 151 pacjentów Poradni Geriatrycznej (120 kobiet i 31 mężczyzn) wykazała, że:

- 73 pacjentów otrzymało skierowanie od lekarza poz, 46 od lekarzy geriatrów, dziewięciu od lekarzy neurologów, zaś pozostałych 23 od innych specjalistów,

- we wszystkich badanych przypadkach lekarz w Poradni Geriatrycznej posiadał informację na temat ogólnego stanu zdrowia pacjenta i o istotnych problemach zdrowotnych,
- w latach 2011–2014 pacjenci odbyli łącznie 897 wizyt (średnio sześć na jednego pacjenta),
- 148 pacjentów zamieszkiwało na terenie województwa podlaskiego, w tym 125 na terenie powiatu białostockiego i 23 na terenie innych powiatów,
- 101 pacjentów nie posiadało w kartach informacji o hospitalizacjach, zaś w pozostałych 50 przypadkach taka informacja znalazła się w karcie; informacje te pochodziły z Oddziału Geriatrii (49 informacji), z Oddziału Chorób Wewnętrznych (pięć) oraz po jednej z Oddziału Kardiologicznego, Okulistycznego, Neurologicznego i z Poradni Reumatologicznej oraz Psychiatrycznej,
- 43 pacjentów było ocenianych za pomocą skali MMSE, wchodzącej w skład całościowej oceny geriatrycznej, 38 za pomocą testu rysowania zegara, a czterech za pomocą skali depresji,
- długość pierwszorazowej wizyty w Poradni Geriatrycznej wynosiła 40 minut, a każdej następnej 30. W ramach wizyt pacjenci nie korzystali z porad innych specjalistów, lecz gdy zachodziła taka potrzeba byli kierowani do poradni znajdujących się z Szpitalu.
(dowód: akta kontroli str. 392-421)

Analiza dokumentacji medycznej 10 pacjentów w wieku podeszłym z Gabinetu lekarza rodzinnego wykazała zaś, że:

- podczas każdej wizyty przeprowadzany był wywiad ogólny zawierający istotne informacje o stanie zdrowia i o istotnych problemach zdrowotnych oraz dokonywano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- łączna liczba wizyt wszystkich pacjentów wynosiła 374 (średnio na jednego pacjenta przypadło 11 wizyt rocznie),
- pacjenci kierowani byli głównie na badania laboratoryjne: morfologia, INR; nie przeprowadzano badań w oparciu o skale standaryzowane, nie odnotowywano również innych informacji dotyczących w szczególności osób w wieku podeszłym,
- w ośmiu kartach znalazły się informacje zwrotne od specjalistów o przeprowadzonych badaniach lub hospitalizacjach,
- średnia ilość leków przyjmowanych przez jednego pacjenta wynosiła pięć.
(dowód: akta kontroli str. 422-427)

W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) informacje o szkoleniach Szpital otrzymywał listownie od organizatorów i kierował je do poszczególnych komórek organizacyjnych. Pielęgniarki zatrudnione na Oddziale Geriatrii uczestniczyły w kursach specjalistycznych dotyczących opieki nad osobami w wieku podeszłym:

- osiem w szkoleniach specjalizacyjnych „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”,
- pięć w kursach obejmujących tematykę opiekę nad osobami w wieku podeszłym, tj. „Edukator cukrzycy” (dwie), „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” (jedna), „Żywnienie enteralne i parenteralne” (jedna), „Profilaktyka i leczenie odleżyn” (jedna).

Lekarze zatrudnieni na Oddziale Geriatrii nie odbywali szkoleń z zakresu opieki nad osobami w wieku podeszłym. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zakres obowiązków ordynatora Oddziału Geriatrii obejmuje szkolenie podległego personelu i to zadanie jest realizowane w ramach bieżącej pracy.
(dowód: akta kontroli str. 531-533)

2.3. W latach 2011–2014 (do 31 sierpnia) w Szpitalu były prowadzone listy osób oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatrii, oddzielne dla kobiet i mężczyzn. W listach dla kobiet odnotowano: 624 pozycje w 2011 roku, 586 w 2012 roku, 340 w 2013 roku i 391 w 2014 roku (łącznie 1.941 pozycji), zaś dla mężczyzn odpowiednio: 243, 226, 247 i 130 (łącznie 846). Analiza 2.787 pozycji wykazała, że 2.003 były kompletne, a pozostałe 784 nie zawierały części danych wymaganych art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 480-483)

W Poradni Geriatrycznej prowadzone były listy oczekujących na wizytę (dla każdego lekarza oddzielna), w których w latach 2011–2014 (do 30 czerwca) odnotowano: 187, 466, 404 i 339 pozycji (łącznie 1.396 pozycji). Analiza wszystkich pozycji wykazała, że w listach wykazywano dane wymagane w art. 20 ust. 2 powołanej ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 477-479)

Zarządzeniem z 4 stycznia 2010 r. dyrektor Szpitala powołał pięcioosobowy Zespół oceny przyjęć Szpitala, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W latach 2011–2014 (do 30 czerwca) z działalności Zespołu zostało sporządzonych 25 protokołów (w kolejnych latach osiem, siedem, osiem i dwa). Na siedmiu spotkaniach, w skład Zespołu wchodziło dwóch lekarzy o specjalności zabiegowej i niezabiegowej oraz pielęgniarka, a na pozostałych 18 lekarz i dwie lub jedna pielęgniarka. W przypadku:

- Oddziału Geriatrii, we wszystkich 25 protokołach Zespół dokonał oceny list oczekujących na przyjęcie na Oddział pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji i czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, a w żadnym pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń;
- Poradni Geriatrycznej w dwóch protokołach Zespół dokonał oceny Poradni pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń, zaś w 23 oceny takiej nie dokonywano (problematykę tę szerzej opisano w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).

(dowód: akta kontroli str. 467-476)

W 2014 roku dostępność do świadczeń udzielanych przez Szpital na Oddziale Geriatrii i w Poradni Geriatrycznej uległa ograniczeniu w porównaniu do 2011 roku. Średni czas oczekiwania na wizytę na Oddziale Geriatrii w styczniu i czerwcu 2011 roku, wynoszący odpowiednio 35 i 28 dni, wzrósł do 70 i 86 dni w styczniu i czerwcu 2012 roku, do 82 i 111 dni w styczniu i czerwcu 2013 roku i do 104 i 120 dni w styczniu i czerwcu 2014 roku. Wzrosła też liczba oczekujących na hospitalizację z 55 osób na koniec 2011 roku do 136 na koniec 2012 roku, 151 na koniec 2013 roku i 190 osób na koniec maja 2014 roku. Natomiast na wizytę w Poradni Geriatrycznej średni czas oczekiwania wynosił kolejno 114 i 54, 109 i 34, 64 i 60, 115 i 106 dni. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że czas oczekiwania na świadczenia geriatryczne jest limitowany ilością środków otrzymywanych z POW NFZ. W celu skrócenia kolejek od czerwca br. zatrudniony został dodatkowy lekarz geriatrii, w wymiarze 10 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 490-492, 675-676)

2.4. W latach 2011–2013 na Oddziale Geriatrii zostały przeprowadzane badania ankietowe satysfakcji pacjentów. Uzyskane informacje dotyczyły m.in. przestrzegania praw pacjenta, poczucia bezpieczeństwa, oceny świadczeń diagnostycznych, ogólnej oceny pracy personelu medycznego, możliwości uzyskania informacji na temat przebiegu choroby i leczenia, sugestii zmian proponowanych do wprowadzenia przez pacjentów. Praca Oddziału została przez 90% pacjentów oceniona bardzo dobrze, a przez 10% dobrze (pięciostopniowa skala ocen: od bardzo dobrze do bardzo źle). W latach 2012–2013 badania ankietowe przeprowadzono dla Zespołu Poradni, bez przeprowadzania odrębnych badań dla Poradni Geriatrycznej.

(dowód: akta kontroli str. 607-633)

2.5. Z informacji uzyskanej z POZ NFZ wynika, że całkowite koszty leczenia 50 pacjentów najczęściej hospitalizowanych na Oddziale w 2013 roku wynosiły od 4.000 zł do 40.968 zł, w tym 30 pacjentów do 10.000 zł, trzynastu pacjentów od 10.001 zł do 20.000 zł, trzech od 20.001 zł do 30.000 zł, trzech od 30.001 zł do 40.000 zł i jednego powyżej 40.000 zł. Na koszty te składały się koszty udzielonych świadczeń, refundacji recept i leczenia uzdrowiskowego.

(dowód: akta kontroli str. 604-606)

¹⁴ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Spośród 2.787 pozycji na listach oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatrii, w 784 brakowało części danych wymaganych art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tj.:
 - 393 pozycje nie zostały podpisane przez osoby dokonujące wpisu,
 - 197 pozycji nie zawierało godziny dokonania wpisu,
 - w 130 pozycjach nie zamieszczono daty dokonania wpisu,
 - w 51 pozycjach skreślonych nie wskazano daty skreślenia,
 - w dziewięciu pozycjach nie odnotowano numeru PESEL bądź numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
 - w czterech pozycjach nie wskazano oznaczenia osoby dokonującej wpisu oraz brakowało jej podpisu.

Ponadto w sześciu pozycjach nie została zachowana chronologia dokonania wpisów.
(dowód: akta kontroli str. 477-479)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że błędy w prowadzeniu księgi wpisów oczekujących wynikały z ciągłej konieczności nanoszenia zmian w listach.
(dowód: akta kontroli str. 675-676)

2. W latach 2011–2014 (do 30 czerwca) Zespół oceny przyjęć dokonywał oceny list oczekujących z częstotliwością mniejszą od określonej w art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych (co najmniej raz w miesiącu), tj. w 2011 roku osiem razy, w 2012 roku siedem razy, w 2013 roku osiem razy, a w 2014 dwa razy.
(dowód: akta kontroli str. 468-476)

Przewodniczący Zespołu oceny przyjęć wyjaśnił, że mimo iż posiedzenia Zespołu nie odbywały się z wymaganą formalnie częstotliwością, to listy oczekujących są wewnętrznie monitorowane i analizowane przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych. Posiedzenia zespołu odbywały się natomiast w celu okresowej analizy i ewentualnej weryfikacji poprawności ich prowadzenia.
(dowód: akta kontroli str. 668-672)

Zdaniem NIK, wewnętrzne monitorowanie i analizowanie list oczekujących przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych nie zwalnia Zespołu z obowiązku określonego w art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

3. W żadnym z 25 protokołów, Zespół oceny przyjęć nie udokumentował dokonania oceny list oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatrii pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń, zaś w 23 z nich – także oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń w Poradni Geriatrycznej.
(dowód: akta kontroli str. 468-476)

Stanowiło to naruszenie art. 21 ust. 4 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Na podstawie art. 21 ust. 5 tej ustawy Zespół sporządzić powinien każdorazowo raport z oceny.

Wymienione wyżej nieprawidłowości świadczą, że w dalszym ciągu nie zrealizowano wniosków pokontrolnych NIK dotyczących prawidłowego prowadzenia i oceniania list pacjentów oczekujących, skierowanych po kontrolach przeprowadzonych w 2008 i 2009 roku, które dotyczyły wykorzystania specjalistycznej aparatury medycznej w procesie realizacji usług medycznych finansowanych ze środków publicznych w latach 2006-2008 (I półrocze) i dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006-2009 (I półrocze).
(dowód: akta kontroli str. 679)

4. Na 18 (z 25) spotkaniach w skład zespołu oceniającego listy oczekujących na udzielenie świadczenia wchodził jeden lekarz oraz jedna lub dwie pielęgniarki, co naruszało art. 21 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym w skład zespołu wchodzi lekarze specjaliści w specjalności zabiegowej i niezabiegowej oraz pielęgniarka oddziałowa, a w razie jej braku – inna pielęgniarka lub położna.

(dowód: akta kontroli str. 468-476)

Przewodniczący Zespołu oceny przyjęć wyjaśnił, że brak lekarza o specjalności niezabiegowej w żaden sposób nie uszczuplił zdolności intelektualnych Zespołu, a wszelkie decyzje i oceny były prowadzone w sposób prawidłowy.

(dowód: akta kontroli str. 677-678)

5. Listy oczekujących na przyjęcie na Oddział były prowadzone przez osobę, która nie posiadała upoważnienia administratora danych osobowych do przetwarzania takich danych, co naruszało art. 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁵, § 4 pkt 1 „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych” i § 10 pkt. 1 „Polityki bezpieczeństwa danych osobowych”¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 493-494, 574-600)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z umową zawartą 16 kwietnia 2008 r. z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku dotyczącą udostępniania pomieszczeń Szpitala na potrzeby Kliniki Geriatrii, proces leczniczy wykonywany jest w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych. W związku z powyższym w Klinice Geriatrii pracują osoby zatrudnione zarówno w Uniwersytecie Medycznym jak i w Szpitalu. W konkretnym przypadku poszczególne czynności związane z prowadzeniem list oczekujących mogły być czynione przez pracownika podległego Kierownikowi Kliniki Geriatrii odpowiedzialnego za prowadzenie list oczekujących. Dyrektor dodał, że podjęcie kroki w celu zapewnienia dostępu do danych osobowych pacjentów Szpitala wyłącznie osobom posiadającym stosowne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 668-672, 675-676)

6. W latach 2011–2013 kolejno sześć, 12 i sześć miesięcznych raportów o stanie osób oczekujących na udzielenie świadczeń zostało przekazanych do POW NFZ odpowiednio od jednego do pięciu dni, od jednego do 163 dni i od dwóch do 47 dni po upływie terminu określonego w § 8 ust. 4 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 publicznych¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 484-489)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opóźnienia wynikały głównie z konieczności wyjaśnienia wątpliwości związanych z wprowadzaniem przez POW NFZ nowych zasad sprawozdawczości.

(dowód: akta kontroli str. 673-674)

7. Szpital nie zapewnił pacjentom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że aktualnie nie ma możliwości elektronicznej rejestracji pacjentów, gdyż trwa proces wdrażania programu informatyzacji e-zdrowie, który pozwoli na pełne wprowadzenie systemu elektronicznej rejestracji pacjentów od 2015 roku.

(dowód: akta kontroli str. 668-672)

Zgodnie z art. 23a. ust. 1. ustawy o świadczeniach zdrowotnych od dnia 1 stycznia 2013 r. świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 i art. 22 ww. ustawy, prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

¹⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 1182.

¹⁶ Wprowadzonych zarządzeniem wewnętrznym nr 109/2011 dyrektora Szpitala z dnia 30 grudnia 2011 r.

¹⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital nad osobami w wieku podeszłym.

Opis stanu faktycznego

3. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia oraz z jednostkami samorządu terytorialnego

3.1. Szpital nie posiadał dokumentów świadczących o prowadzeniu współpracy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia. Jak wynika z wyjaśnień Ordynatora Oddziału Geriatrii (będącego konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry) współpraca taka polega głównie na telefonicznej wymianie informacji z innymi placówkami, telefonicznym uzgadnianiu dalszych procedur (w zakresie opieki hospicyjnej, poradni stymulatorowej, procedur onkologicznych). (dowód: akta kontroli str. 601-603)

Organizacją współpracy między Szpitalem a placówkami pomocy społecznej zajmował się zatrudniony od 14 listopada 2011 r. pracownik socjalny, który wyjaśnił, że współpraca ta polega głównie na:

- prowadzeniu spraw związanych z organizowaniem opieki poszpitalnej zainteresowanym pacjentom w wieku podeszłym, poprzez powiadamianie ośrodków pomocy społecznej właściwych ze względu na miejsce zamieszkania pacjentów,
- pomocy samotnym pacjentom w ustaleniu danych rodziny,
- kierowaniu wniosków do opieki społecznej o zorganizowanie pochówków samotnych pacjentów,
- kierowaniu dokumentów pacjentów do miejskich i powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności,
- wskazywaniu pacjentom możliwości skorzystania z opieki pielęgniarskiej długoterminowej, zakładów pielęgniarsko-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz kompletowaniu niezbędnych dokumentów. (dowód: akta kontroli str. 568-573)

W ramach Systemu zarządzania jakością, od 24 kwietnia 2014 r. w Szpitalu została wprowadzona Procedura Oddziału Geriatrii, która obejmuje pacjentów od momentu przyjęcia na oddział, po diagnostykę i leczenie, rehabilitację przyłóżkową oraz wykonywane zabiegów. Procedura ta nie zawiera jednak postanowień odnoszących się do działań realizowanych po wypisie pacjentów w wieku podeszłym ze Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 639-652)

3.2. W ramach współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym Szpital nie otrzymywał z tych jednostek wniosków o informacje dotyczące hospitalizacji osób w wieku podeszłym.

(dowód: akta kontroli str. 601-603)

Ustalone nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje oceny cząstkowej w tym 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 Kontroli¹⁸, wnosi o:

1. Prowadzenie list oczekujących na świadczenia z zakresu geriatry zgodnie z zasadami określonymi w art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych i przez osoby posiadające stosowne upoważnienie administratora danych osobowych.

¹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

2. Dokonywanie okresowej oceny list oczekujących na świadczenie z zakresu geriatry z zachowaniem wymogów art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, dotyczących:
 - składu Zespołu oceny przyjęć (ust. 2),
 - częstotliwości i przedmiotu oceny dokonywanej przez ww. Zespół (ust. 1 i 4).
3. Terminowe przekazywanie POW NFZ raportów o kolejkach oczekujących na udzielenie świadczeń w Szpitalu.
4. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 Białymstoku.

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.

Białystok, dnia 8 października 2014 r.

Kontroler
Beata Palinowska
inspektor kontroli państwowej

.....Palinowska Beata.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko

.....
podpis