



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-09/2014  
P/14/063



04519114

# 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](mailto:lbi@nik.gov.pl)



## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych

Jednostka  
przeprowadzająca  
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku

Kontroler

Jerzy Chwiedosik – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91451 z dnia 9 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka  
kontrolowana

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mieczysława Ołdakowska Specjalistyczny Ośrodek Medyczny SOMED w Łomży, al. Legionów 29, 18-400 Łomża (dowód: akta kontroli str. 3)

Kierownik jednostki  
kontrolowanej

Mieczysława Ołdakowska – przedsiębiorca prowadzący specjalistyczną praktykę lekarską (dowód: akta kontroli str. 4, 7)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>1</sup> realizację przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mieczysława Ołdakowska Specjalistyczny Ośrodek Medyczny SOMED w Łomży świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii w latach 2012–2014 (do 30 czerwca).

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Ocenę pozytywną uzasadnia w szczególności zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiednio przygotowanych pomieszczeń, specjalistycznej aparatury i badań, udzielanie świadczeń przez lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, w dniach i godzinach ustalonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku, informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o zastosowanym leczeniu, a także prawidłowe prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej.

Stwierdzone nieprawidłowości, polegające na nieoznaczeniu list osób oczekujących na świadczenia i niezapewnieniu pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, nie miały wpływu na kontrolowaną działalność.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### 1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy

Opis stanu  
faktycznego

1.1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczny Ośrodek Medyczny SOMED (zwany dalej „NZOZ” lub „Ośrodkiem”), prowadzony przez przedsiębiorcę – lekarza medycyny Mieczysławę Ołdakowską, funkcjonuje na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>2</sup>. Stosownie do wymogów art. 5 ust. 1 powołanej ustawy, Ośrodek został wpisany do Księgi Rejestrowej Nr 11073, prowadzonej przez Wojewodę Podlaskiego. (dowód: akta kontroli str. 4, 7-21)

1.2. Według stanu na 23 września 2014 r. zapisy w Księdze Rejestrowej dotyczące komórek organizacyjnych NZOZ oraz zakresu udzielanych świadczeń były zgodne ze stanem faktycznym. W skład Ośrodka wchodziły poradnie: diabetologiczna, endokrynologiczna, neurologiczna, okulistyczna, kardiologiczna, reumatologiczna, pracownie: diagnostyki laboratoryjnej, USG, EEG i EMG oraz punkt pobrań materiałów do badań i gabinet diagnostyczno-zabiegowy. NZOZ udzielał świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie diabetologii, endokrynologii, neurologii i kardiologii na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim

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

<sup>2</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (dalej: „NFZ”) oraz okulistyki i reumatologii (bez umowy z NFZ). (dowód: akta kontroli str. 5, 7-21, 81)

1.3. Regulamin Organizacyjny NZOZ, ustalony 17 listopada 2011 r., przez jego kierownika Panią Mieczysławę Oldakowską był aktualny i zawierał elementy wymagane art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. W myśl postanowień regulaminu Ośrodek udziela świadczeń zdrowotnych:

- w dniu zgłoszenia pacjenta lub w terminie z nim uzgodnionym,
- w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta świadczenia udzielane są niezwłocznie,
- w sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia świadczenia NZOZ określa kolejność udzielania świadczenia, wpisując termin jego udzielenia w prowadzonym rejestrze,
- rejestracja pacjentów odbywa się osobiście, za pośrednictwem osób trzecich i telefonicznie,
- świadczenia zdrowotne udzielane są nieodpłatnie osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz osobom uprawnionym na podstawie odrębnych ustaw, natomiast pacjenci nieubezpieczeni korzystają ze świadczeń odpłatnie, według cennika obowiązującego w NZOZ.

Informacje o zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych podano do wiadomości świadczeniobiorców poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ośrodka.

(dowód: akta kontroli str. 25-31, 40)

1.4. NZOZ nie posiadał certyfikatów jakości i akredytacji, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>3</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 7)

1.5. Godziny pracy objętych kontrolą Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej były zgodne z harmonogramem określonym w umowie o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zawartej między NZOZ i NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 6)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację NZOZ.

## 2. Zasoby świadczeniodawcy, kadrowe i sprzętowe, związane z realizacją umów z NFZ dotyczących ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych

Opis stanu  
faktycznego

2.1. Zasoby NZOZ (pomieszczenia, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt i aparaturę medyczną) zapewniały prawidłową realizację umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii i diabetologii, zawartej 30 grudnia 2011 r. z NFZ oraz w aneksach do tej umowy.

(dowód: akta kontroli str. 32-33, 44-45, 48)

2.2. Gabinety lekarskie Poradni Kardiologicznej (Nr 5) i Poradni Diabetologicznej (Nr 1 i 2) spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>4</sup>. Zostały zlokalizowane w samodzielnym, trzykondygnacyjnym budynku. Wszystkie pomieszczenia posiadałyienne i sztuczne oświetlenie, klimatyzację (grawitacyjną i mechaniczną), podłogi i ściany wykonane z materiałów umożliwiających mycie i dezynfekcję. Były wyposażone w umywalki, dozowniki z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym, pojemniki na ręcznik jednorazowego użycia oraz w meble wykonane z materiałów

<sup>3</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 739

ułatwiających mycie i dezynfekcję. Osobom niepełnosprawnym zapewniono dostęp do pomieszczeń i urządzeń Ośrodka. Zainstalowana winda umożliwiała wjazd na wszystkie kondygnacje, zaś wejścia do gabinetów były szerokie i bez progów.

(dowód: akta kontroli str. 32-33)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Łomży decyzją z 4 listopada 2011 r. potwierdził, że pomieszczenia i urządzenia NZOZ spełniały wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne do prowadzenia działalności leczniczej. Kontrole przeprowadzone 6 lipca 2012 r. i 19 lipca 2013 r. przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ośrodku nie wykazały nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 34-36, 41-43)

**2.3.** NZOZ zapewnił pacjentom dostęp do aparatury i sprzętu medycznego oraz badań, wymienionych w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>5</sup>. Na wyposażeniu Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej znajdowała się odpowiednia aparatura i sprzęt medyczny, wymieniony w umowie z NFZ, w tym dwa rejestratory Holter, elektrokardiograf, ultrasonograf (volumetria) wraz z głowicami ultrasonograficznymi, a także oftalmoskop, przyrządy do badania czucia bólu i czucia temperatury skóry, widełki stroikowe oraz glukometr. Sprzęt i aparatura były sprawne i posiadały aktualne badania techniczne.

(dowód: akta kontroli str. 44-45, 94-102)

Realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii odbywała się przy współudziale dwóch podwykonawców. Wykonywali oni badania laboratoryjne, mikrobiologiczne, densytometrii, próby wysiłkowe oraz diagnostykę RTG.

(dowód: akta kontroli str. 46-47)

**2.4.** W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii i diabetologii udzielało sześciu lekarzy (po trzech w każdej specjalności). Personel medyczny posiadał wymagane kwalifikacje, określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

(dowód: akta kontroli str. 48)

W kolejnych z lat 2012-2014 (według stanu na 30 czerwca) czas pracy lekarzy diabetologów wynosił 13 godzin i 20 minut, 21 i pół godziny oraz 20 godzin tygodniowo. Z kolei tygodniowy wymiar czasu pracy lekarzy kardiologów w latach 2013-2014 wynosił cztery godziny i 15 minut w przypadku jednego lekarza i po 4 godziny tygodniowo w przypadku dwóch kolejnych lekarzy. Natomiast w czerwcu 2012 roku świadczeń kardiologicznych udzielał jeden lekarz w wymiarze 12 godzin i 15 minut tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 112)

Analiza zapisów w księdze przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej, dokonanych w czerwcu 2014 roku wykazała, że wszyscy lekarze udzielali świadczeń w dniach i w godzinach ustalonych w umowie z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 49-51, 94-102)

**2.5.** Ośrodek spełniał wymagania informacyjne, ustalone w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>6</sup>. W siedzibie Ośrodka wywieszono informację o lekarzach udzielających świadczeń oraz o godzinach ich udzielania, o zasadach zapisywania na wizyty ambulatoryjne, o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością, o prawach pacjenta, a także adres i numer telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta, numery telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego i zasady składania skarg i wniosków.

(dowód: akta kontroli str. 40)

**2.6.** Ośrodek posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia

<sup>5</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1413

<sup>6</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484

22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>7</sup>, wysokość ubezpieczenia opiewała na kwotę 75.000 euro, w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia. (dowód: akta kontroli str. 52)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zasoby NZOZ, wykorzystywane do realizacji umowy z NFZ o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii.

### **3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych**

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.** Analiza 24 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 35-65 lat, którym w czerwcu 2014 roku udzielono świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii wykazała, że we wszystkich kartach znajdowały się informacje o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej.

Kierownik NZOZ wyjaśniła: „Lekarze Ośrodka mają elektroniczną wersję informacji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wydrukowaną informację z wykonanymi badaniami i zaleceniami przekazujemy za pośrednictwem pacjentów”.

(dowód: akta kontroli str. 53-56, 107)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współpracę lekarzy Ośrodka z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.

### **4. Prowadzenie dokumentacji medycznej**

Opis stanu  
faktycznego

**4.1.** Do prowadzenia dokumentacji medycznej, zbiorczej i indywidualnej (księga przyjęć, karty historii zdrowia i choroby) NZOZ wykorzystywał program komputerowy ZdrowePodlasie.pl. Program ten umożliwiał również prowadzenie grafików pracy lekarzy, wystawianie recept i kart informacyjnych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Karty historii zdrowia i choroby prowadzono także w wersji papierowej.

(dowód: akta kontroli str. 53-58)

**4.2.** Dokumentacja medyczna świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych przez Ośrodek była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>8</sup>. (dowód: akta kontroli str. 53-58)

Księgi przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej zostały opatrzone danymi identyfikującymi NZOZ wraz ze wskazaniem adresu, numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego oraz komórki organizacyjnej. Badanie 1.589 zapisów wprowadzonych w styczniu i w czerwcu 2014 roku (1.233 dotyczących diabetologii i 326 dotyczących kardiologii) wykazało, że wszystkie zawierały dane wymagane postanowieniami § 44 powołanego rozporządzenia, tj. kolejny numer wpisu, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia, rodzaj świadczenia. (dowód: akta kontroli str. 57-58)

**4.3.** Analiza 24 kart historii zdrowia i choroby w wersji papierowej (10 z kardiologii i 14 z diabetologii) pacjentów w wieku 35-65 lat (33% kobiet i 67% mężczyzn), którym w czerwcu 2014 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii i diabetologii wykazała, że we wszystkich kartach znajdowały się informacje dotyczące badania podmiotowego, zleconych badań diagnostycznych, wyników badań, przepisanych leków i o rozpoznaniu choroby. Wpisy zostały opatrzone podpisem i pieczęcią lekarza.

<sup>7</sup> Dz. U. Nr 293, poz. 1729

<sup>8</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 177

Wszystkie kary zawierały także wywiad o ogólnym stanie zdrowia pacjentów.  
(dowód: akta kontroli str. 53-56)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie prowadzenie dokumentacji medycznej w NZOZ.

## 5. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu  
faktycznego

5.1. Dokumentację medyczną prowadzono w formie elektronicznej (karty zdrowia i choroby także w wersji papierowej), co szczegółowo opisano w pkt 4 niniejszego wystąpienia. Zapewniono właściwe środki bezpieczeństwa tej dokumentacji, w tym przed dostępem osób nieuprawnionych, stosując zasady określone w „Polityce bezpieczeństwa ochrony danych osobowych” oraz „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym ochrony danych osobowych”, zatwierdzonych 2 stycznia 2012 r. przez Kierownika NZOZ. I tak:

- dokumentację w wersji elektronicznej (księgi przyjęć, karty historii zdrowia i choroby) przechowywano na serwerze zlokalizowanym w pomieszczeniu rejestracji,
- dostęp do dokumentacji elektronicznej, w tym także do listy oczekujących był chroniony hasłem,
- karty historii zdrowia i choroby w wersji papierowej przechowywano w pomieszczeniu rejestracji, w metalowych szafkach, zamykanych na klucz.

(dowód: akta kontroli str. 57-58, 61)

5.2. Pacjentów poinformowano o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu, wywieszając na tablicy informacyjnej Regulamin organizacyjny Ośrodka.  
(dowód: akta kontroli str. 61)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie stosowane w NZOZ sposoby zabezpieczenia dokumentacji medycznej.

## 6. Dostępność świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i prowadzenie list oczekujących na świadczenia

Opis stanu  
faktycznego

6.1. Stosownie do postanowień art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>, ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych udzielano według kolejności zgłoszenia pacjentów, w dniach i godzinach ich udzielania przez NZOZ, co wykazała analiza list oczekujących na świadczenia w styczniu 2014 roku oraz księgi przyjęć w zakresie świadczeń udzielonych 4 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 49-51, 108-109, 113-114)

6.2. Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego NZOZ, rejestracja pacjentów odbywała się w drodze ich osobistego zgłoszenia, telefonicznie oraz za pośrednictwem osób trzecich, każdego dnia pracy Ośrodka. Prowadzenie listy oczekujących należało do obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku rejestratorki oraz trzech pielęgniarek. Informację o sposobie zapisywania się na listę zamieszczono na tablicy ogłoszeń.  
(dowód: akta kontroli str. 28, 40)

6.3. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej były prowadzone przy wykorzystaniu programu komputerowego „Elektroniczny Terminarz PLANER”, autorstwa firmy ZdrowePodlasie.pl. Program ten umożliwiał także prowadzenie grafików pracy personelu medycznego oraz generowanie sprawozdań e-Wuś. Analiza dokonanych w styczniu i w czerwcu 2014 roku wpisów 65 pacjentów na listę oczekujących do Poradni Kardiologicznej oraz 71 pacjentów oczekujących do Poradni Diabetologicznej wykazała, że:

<sup>9</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

- w analizowanych przypadkach podano kolejny numer wpisu, datę i godzinę dokonania wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, jego nr PESEL i adres zamieszkania oraz planowany termin udzielenia świadczenia,
- we wszystkich przypadkach skreślenia z listy (45 przypadków z kardiologii i 37 z diabetologii) podano datę oraz powód skreślenia (wg stanu na dzień oględzin świadczeń udzielono 39 pacjentom kardiologicznym i 31 pacjentom z diabetologii),
- we wszystkich zbadanych przypadkach określono kategorię medyczną pacjenta – stabilny lub pilny,
- w 17 przypadkach zapisane osoby nie podały numeru telefonicznego lub innego sposobu kontaktu,
- w trzech przypadkach na listach odnotowano powód przyjęcia.  
(dowód: akta kontroli str. 62-65)

**6.4.** Ośrodek, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu raportowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>10</sup>, przekazywał NFZ raporty (w wersji elektronicznej) o liczbie osób oczekujących na świadczenie i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania. I tak:

- Liczba oczekujących na świadczenia kardiologiczne (przypadki stabilne) wzrosła z 62 na 31 grudnia 2012 r. do 84 wg stanu na 31 grudnia 2013 r., a średni rzeczywisty czas oczekiwania z 10 do 103 dni. Z kolei czas oczekiwania pacjentów pilnych wydłużył się w tym okresie z dwóch do 10 dni (oczekiwało odpowiednio jedna i 13 osób). Wg stanu na 30 czerwca 2014 r. na świadczenia oczekiwało 81 pacjentów stabilnych i 11 pilnych. Ich czas oczekiwania wynosił odpowiednio 118 i 49 dni.
- Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu kardiologii (przypadki stabilne) wzrosła z 18 na 31 grudnia 2012 r. do 143 osób na 31 grudnia 2013 r., natomiast średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 14 do 156 dni. W 2012 roku pacjenci pilni nie oczekiwali na świadczenia, zaś w 2013 roku (na koniec grudnia) oczekiwało 22 pacjentów, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 48 dni. Wg stanu na 30 czerwca 2014 r. na świadczenia oczekiwało 110 pacjentów w stanie stabilnym i 46 w stanie pilnym. Średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 190 i 57 dni. (dowód: akta kontroli str. 67-70)

Dane w raportach były zgodne ze stanem faktycznym, co wykazała weryfikacja list oczekujących za styczeń i czerwiec 2014 roku. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie obliczany jest automatycznie przez program komputerowy (ZdrowePodlasie), wykorzystywany do prowadzenia listy oczekujących.  
(dowód: akta kontroli str. 71, 111)

**6.5.** Stosownie do postanowień art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do obowiązków kierownika świadczeniodawcy należy dokonywanie okresowej, co najmniej raz w miesiącu, oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Kierownik NZOZ wyjaśniła: „Ocenę list przeprowadzałam częściej niż raz w miesiącu. Mogę to robić ponieważ listy są prowadzone elektronicznie i mam do nich dostęp na bieżąco. Nie widziałam potrzeby dokumentowania weryfikacji list. Ewentualne uwagi zgłaszałam bezpośrednio pielęgniarkom prowadzącym listy”.  
(dowód: akta kontroli str. 106)

**6.6.** W kolejnych z lat 2012-2014 (do 30 czerwca) w wyznaczonym terminie 63, 49 i 30 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni Kardiologicznej (stanowiło to odpowiednio 19,3%, 10,5% i 5,5% osób znajdujących się pod opieką tej Poradni). Na świadczenia diabetologiczne nie zgłosiło się zaś 52 pacjentów w 2013 r i 43 pacjentów w I połowie 2014 roku (odpowiednio 1,8% i 1,6% pacjentów Poradni Diabetologicznej). Jak wyjaśniła Kierownik Ośrodka, osoby zapisujące się na listę oczekujących są

<sup>10</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1447



informowane przez pielęgniarki o konieczności informowania NZOZ o niemożności stawienia się w dniu wyznaczonej wizyty, jednakże na ogół nie zgłaszają rezygnacji z wizyty. Z uwagi na duże nadlimity w Ośrodku nie zorganizowano systemu przypominania pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 106)

6.7. Zgodnie z wymogami art. 47c ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w siedzibie Ośrodka wywieszono informację o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością. Jak wyjaśniła kierownik Ośrodka osoby uprawnione przyjmowano w najbliższym wolnym terminie, w zależności od stanu zdrowia, nawet w dniu zgłoszenia.

(dowód: akta kontroli str. 40, 107)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W latach 2013-2014 pacjentom NZOZ nie zapewniono możliwości zapisania się na wizytę drogą elektroniczną, mimo takiego obowiązku wynikającego z postanowień art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 57 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r o systemie informacji w ochronie zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 28, 40)

Kierownik Ośrodka wyjaśniła: „Nie wprowadzono możliwości umawiania się na wizyty pacjentów drogą elektroniczną z powodu niemożliwości zakwalifikowania pacjenta na odpowiednią listę – pilną lub stabilną. Pacjent musi przedstawić pełną informację o stanie zdrowia z dodatkowymi wynikami, czego nie uczyni drogą elektroniczną”.

(dowód: akta kontroli str. 107)

2. Listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii i diabetologii nie były opatrzone danymi identyfikacyjnymi, zawierającymi nazwę zakładu, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu (I część systemu kodu resortowego), nazwę komórki organizacyjnej i jej kod, co stanowiło naruszenie postanowień § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

(dowód: akta kontroli str. 62-65)

W toku kontroli NIK nieprawidłowość ta została usunięta przez autorów programu, wykorzystywanego do prowadzenia list oczekujących. (dowód: akta kontroli str. 66)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na utrudniony dostęp nowych pacjentów do świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych, wynikający ze znacznego wzrostu liczby osób oczekujących i ponad dziesięciokrotnego wydłużenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę oraz blisko dwumiesięcznego czasu oczekiwania w przypadkach pilnych, co szczegółowo przedstawiono w pkt 6.4. wystąpienia pokontrolnego. Skróceniu kolejki mogłoby posłużyć przypominanie pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty, co mogłoby być też wykorzystywane do uzyskiwania informacji o rezygnacji przez nich z umówionej wizyty. Z kolei zwiększenie kontraktu lub utworzenie na terenie Łomży drugiej poradni diabetologicznej postulował konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii, w podsumowaniu do wyników kontroli przeprowadzonej 16 listopada 2013 r. w NZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 42)

Kierownik Ośrodka wyjaśniła: „Przyczyną wydłużenia kolejek oczekujących na świadczenia z kardiologii i diabetologii oraz wydłużenie czasu oczekiwania jest zbyt mały kontrakt z NFZ (zbyt mała liczba punktów). W przypadku diabetologii liczba przyznanych punktów jest niewspółmiernie niska w stosunku do zgłaszających się pacjentów z terenu byłego województw łomżyńskiego. Na tym terenie jesteśmy jedyną palcówką udzielającą świadczeń z diabetologii. Na dzień dzisiejszy (26 listopada 2014 r.) limit przyznanych punktów na świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne został wyczerpany. Jedynym sposobem rozładowania kolejki jest zwiększenie liczby punktów. Dwukrotne zwiększenie kontraktu, wg zaleceń konsultanta wojewódzkiego ds. diabetologii rozwiązałoby problem kolejek oczekujących. Wówczas mogłabym zwiększyć zatrudnienie lekarzy diabetologów i wydłużyć czas pracy. Od 2012 roku

kontrakt opiewa na 36.000 punktów rocznie. Obecnie w Poradni Diabetologicznej jest zarejestrowanych ponad 2.800 osób". (dowód: akta kontroli str. 124-125)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzenia nieprawidłowości, prowadzenie list oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne oraz zapewnienie dostępności do tych świadczeń.

## 7. Rozliczanie umów o świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

7.1. Od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. NZOZ realizował świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii na podstawie umowy z NFZ, zawartej 30 grudnia 2011 r. Umowa była zmieniana 22 razy, w tym dwa razy w związku z przedłużeniem okresu jej obowiązywania na lata 2013 - 2014 (13 grudnia 2012 r. i z 23 grudnia 2013 r.). Siedem aneksów dotyczyło ustalenia zobowiązania finansowego NFZ, a kolejnych siedem - zasobów Ośrodka.

(dowód: akta kontroli str. 103)

7.2. Ośrodek realizował świadczenia z udziałem dwóch podwykonawców, którzy zostali wymienieni w wykazie podwykonawców, załączonym do umowy z NFZ. Zadania wykonywane przez podwykonawców przedstawiono w pkt 2.3. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 46-47, 91)

7.3. Pod opieką Poradni Kardiologicznej Ośrodka znajdowało się 327 pacjentów w 2012 roku, 466 pacjentów w 2013 roku i 545 w 2014 roku. Natomiast liczba pacjentów w Poradni Diabetologicznej wynosiła odpowiednio 2.626, 2.896 i 2.724. Pacjentom tym NZOZ udzielił:

- 957 świadczeń kardiologicznych (8.514,50 jednostek rozliczeniowych) w 2012 roku, 1.561 tych świadczeń (12.184,50 jednostek rozliczeniowych) w 2013 roku i 1.059 świadczeń (7.787,00 jednostek rozliczeniowych) w 2014 roku (do 30 czerwca),
- 7.164 świadczenia diabetologiczne (38.353,00 jednostek rozliczeniowych) w 2012 roku, 7.205 tych świadczeń (40.071,50 jednostek rozliczeniowych) w 2013 roku i 4.047 świadczeń (22.786,50 jednostek rozliczeniowych) w 2014 roku (do 30 czerwca).

(dowód: akta kontroli str. 72-73, 110)

Aneksem nr 11 z 7 lutego 2013 r. NFZ dokonał ostatecznego rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2012 roku. Kwotę zobowiązania za świadczenia kardiologiczne ustalono na 80.887,75 zł (za 8.514,50 jednostek rozliczeniowych), zaś za świadczenia diabetologiczne – na 356.217,90 zł (za 38.303 jednostki rozliczeniowe).

Ostateczne rozliczenie umowy za 2013 rok nastąpiło 6 lutego 2014 r. (aneks nr 19). Kwotę zobowiązania NFZ za świadczenia kardiologiczne ustalono na 115.705,25 zł (za 12.179,50 jednostek rozliczeniowych), a za świadczenia diabetologiczne – na 358.852,56 zł (za 38.586,27 jednostek rozliczeniowych).

Kwota zobowiązania na 2014 rok wynosiła 101.640,50 zł za świadczenia z zakresu kardiologii i 337.943,40 zł za świadczenia diabetologiczne (za wykonanie odpowiednio 10.699 i 36.338 jednostek rozliczeniowych).

(dowód: akta kontroli str. 105)

Do 30 czerwca 2014 r. NFZ zapłacił 50.895,75 zł za świadczenia z kardiologii (5.356,50 jednostek rozliczeniowych) i 168.913,70 zł za świadczenia z diabetologii (18.163 jednostki rozliczeniowe).

(dowód: akta kontroli str. 123)

Rzetelność danych o zrealizowanych świadczeniach wykazywanych w raportach dla NFZ sprawdzono na przykładzie badań EKG wykonanych w czerwcu 2014 roku. Liczba wykonanych badań (68) była zgodna z liczbą wykazaną w raporcie.

(dowód: akta kontroli str. 110)

7.4. W wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ 20 maja 2014 r., NZOZ obciążono karą w wysokości 655,82 zł za wystawienie pacjentowi recepty na lek z 30% poziomem odpłatności, mimo barku podstaw do zastosowania tej ulgi. Wymierzoną karę Ośrodek uiszczył w wyznaczonym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 43)

7.5. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) NZOZ był sześciokrotnie kontrolowany. I tak:

- NFZ przeprowadził trzy kontrole – w styczniu 2013 roku w zakresie prawidłowości realizacji w 2012 roku umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii (nie stwierdzono nieprawidłowości) oraz w marcu 2013 roku i w maju 2014 roku w zakresie prawidłowości i zasadności wystawiania recept (stwierdzone nieprawidłowości przedstawiono w pkt 7.4.).
- 16 listopada 2013 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii przeprowadził kontrolę funkcjonowania Poradni Diabetologicznej. W podsumowaniu jej wyników stwierdził m.in.: „Kontrolowana poradnia pracuje bardzo dobrze, ale jest jedyną poradnią w Łomży. W związku z tym opieka diabetologiczna jest na tym terenie niedostateczna. Istnieje pilna potrzeba zwiększenia kontraktu w istniejącej poradni (co najmniej dwukrotnie) lub utworzenie drugiej poradni”. Natomiast w ocenie prowadzonej w poradni dokumentacji medycznej zapisał „Znakomicie prowadzona dokumentacja w formie papierowej i elektronicznej. Dobry program komputerowy umożliwia śledzenie przebiegu choroby i postępowania lekarza”.
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Łomży przeprowadził dwie kontrole. Ich wyniki przedstawiono w pkt 2.2. wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 41-43)

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Ośrodka, nadzór merytoryczny nad działalnością NZOZ sprawuje kierownik tej jednostki. (dowód: akta kontroli str. 31)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie rozliczanie z NFZ udzielonych ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych.

#### **IV. Wnioski**

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>11</sup>, wnosi o zapewnienie pacjentom możliwości zapisywania się na wizyty 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 wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

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.

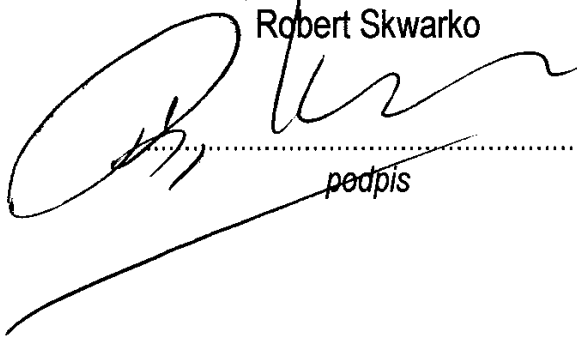
Białystok, dnia 23 grudnia 2014 r.

Kontroler  
Jerzy Chwiedosik  
główny specjalista kontroli państwowej



.....  
podpis

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



.....  
podpis