



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-18-03/2014/P/14/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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 Katowicach
Kontroler	Aleksander Małysz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90686 z dnia 11 lipca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Szpital Śląski ¹ , ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Czesław Płygawko, Dyrektor ZZOZ ² . (dowód: akta kontroli str. 3-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości³ działania ZZOZ w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym.

Powyższą ocenę uzasadnia:

1. Prawidłowa realizacja umów zawartych ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁴.
2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych uwzględniająca potrzeby osób w wieku podeszłym.
3. Prawidłowe prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
4. Współpraca z placówkami opiekuńczo-leczniczymi w zakresie udzielania usług opiekuńczych pacjentom wypisywanym ze szpitala.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nierzetelnego wykonywania obowiązku bieżącego aktualizowania danych o osobach udzielających świadczeń w Poradni Geriatrycznej⁵, wynikającego z § 2 ust. 9 umowy Nr 122/100178/02/1/2014 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej⁶ poprzez niezgłaszanie zmian w tym zakresie dyrektorowi Oddziału NFZ, w terminach określonych w § 6 ust. 2

¹ Zwany dalej „Zespołem” lub „ZZOZ”.

² Powołany od dnia 8 sierpnia 2013 r., zwany dalej „Dyrektorem”. W okresie od 1 kwietnia 2008 r. do 19 lipca 2013 r. obowiązki dyrektora ZZOZ pełniła Anna Bednarska-Czerwińska.

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

⁴ Zwanym dalej „Oddziałem NFZ”.

⁵ Zwanej dalej „PG”

⁶ Zwanej dalej „AOS”

załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷,

- nie umożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, co naruszało postanowienia art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prawdliwość wykonania umów zawartych z NFZ

Opis stanu
faktycznego

Wartość umów w zakresie geriatry⁹ zawartych przez ZZOZ z Oddziałem NFZ wynosiła:

- a) w 2011 r. - 1.024.568,00 zł¹⁰ (pierwotna) i 1.217.790,20 zł¹¹ (po zmianach, tj. wzrost o 18,9%)
- b) w 2012 r. - odpowiednio: 1.081.860,00 zł¹² i 1.266.162,60 zł¹³ (tj. wzrost o 17,0%),
- c) w 2013 r. - 1.308.096,00 zł¹⁴ i 1.487.244,60 zł¹⁵ (tj. wzrost o 13,7%),
- d) w I półroczu 2014 r. - 685.260,00 zł¹⁶.

Pełnomocnik ds. Administracyjnych i kontraktów z NFZ wyjaśnił, że zmiany w trakcie realizacji ww. umów wynikały m.in. ze zwiększenia ilości świadczeń udzielonych w Oddziale Geriatrycznym¹⁷. Potrzeby w zakresie opieki nad osobami starszymi szacowano, wg Dyrektora, w oparciu o dostępne dane demograficzne i możliwości realizacji świadczeń przez ZZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 8-63, 67)

Strata OG w okresie objętym kontrolą wyniosła: 224.096,35 zł w 2011 r., 783.223,44 zł w 2012 r., 486.411,59 zł w 2013 r. i 273.378,04 zł w I półroczu 2014 r.

Strata PG wyniosła: 44.321,54 zł w 2011 r., 69.781,66 zł w 2012 r., 31.330,54 zł w 2013 r. i 10.080,51 zł w I półroczu 2014 r.

Wg Głównej Księgowej, ujemny wynik finansowy OG i PG wynikał z ponoszenia przez ZZOZ większych kosztów świadczeń zdrowotnych, niż przychody z tytułu realizacji umów zawartych z Oddziałem NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 70-77)

W okresie objętym kontrolą w OG i PG diagnozowano i leczono łącznie 4.687 osób¹⁸ w wieku 60+, w tym: 787 osób w 2011 r., 1.400 osób w 2012 r., 1.667 osób w 2013 r. i 833 osób w I półroczu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 78-79)

⁷ Dz. U Nr 81, poz. 484., zwanego dalej „OWU”.

⁸ Zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” lub „ustawą” (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

⁹ Tj. umów: z dnia 26 stycznia 2011 r. dotyczącej AOS oraz z dnia 3 kwietnia 2009 r. i dnia 12 stycznia 2012 r. dotyczących leczenia szpitalnego (LSZ) wraz z aneksami.

¹⁰ W tym: LSZ na kwotę 987.768,00 zł i AOS na kwotę 36.800,00 zł

¹¹ W tym: LSZ na kwotę 1.199.979,00 zł i AOS na kwotę 17.811,20 zł.

¹² W tym: LSZ na kwotę 1.022.244,00 zł i AOS na kwotę 59.616,00 zł.

¹³ W tym: LSZ na kwotę 1.212.729,00 zł i AOS na kwotę 53.433,60 zł.

¹⁴ W tym: LSZ na kwotę 1.248.480,00 zł i AOS na kwotę 59.616,00 zł.

¹⁵ W tym: LSZ na kwotę 1.425.807,00 zł i AOS na kwotę 61.437,60 zł.

¹⁶ Wartość pierwotna umowy na 6 miesięcy 2014 r., w tym: LSZ na kwotę 655.452,00 zł i AOS na kwotę 29.808,00 zł.

¹⁷ Zwany dalej „OG” lub „oddziałem”, udzielający świadczeń zdrowotnych od dnia 15 maja 2011 r.

¹⁸ W tym: 1.945 osób w OG i 2.742 osób w PG.

Pacjentom OG udzielono łącznie 1.978 hospitalizacji¹⁹, w tym: 525 w 2011 r., 560 w 2012 r., 616 w 2013 r. i 277 w I półroczu 2014 r.

Pacjentom PG udzielono łącznie 3.218 porad ambulatoryjnych²⁰, w tym: 341 w 2011 r., 1.026 w 2012 r., 1.217 w 2013 r. i 634 w I półroczu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

W okresie objętym kontrolą ZZOZ prowadził rachunek kosztów odrębnie dla OG i PG. Przychody z tytułu realizacji kontraktu zawartego z Oddziałem NFZ na świadczenie usług w LSZ, w zakresie geriatrya-hospitalizacja wyniosły:

a) w 2011 r. – 1.197.617,19 zł, tj. 84,2% poniesionych przez ZZOZ kosztów tych świadczeń w wysokości 1.422.063,54 zł.,

b) w 2012 r. – 1.212.566,82 zł, tj. 60,7% kosztów w wysokości 1.996.289,26 zł,

c) w 2013 r. – 1.425.759,27 zł, tj. 72,6% kosztów w wysokości 1.962.933,53 zł,

d) w I półroczu 2014 r. – 655.216,89 zł, tj. 68,7% kosztów w wysokości 953.353,94 zł.

Przychody z tytułu realizacji kontraktu zawartego z Oddziałem NFZ na świadczenie usług w AOS, w zakresie geriatryi wyniosły:

a) w 2011 r. – 17.806,60 zł, tj. 28,7% kosztów w wysokości 62.128,14 zł,

b) w 2012 r. – 53.433,60 zł, tj. 43,4% kosztów w wysokości 123.215,26 zł,

c) w 2013 r. – 61.433,00 zł, tj. 66,2% kosztów w wysokości 92.763,54 zł,

d) w I półroczu 2014 r. – 29.798,80 zł, tj. 74,7% kosztów w wysokości 39.879,31 zł.

(dowód: akta kontroli str. 8-10, 69-77)

W latach 2011-2014 (I półrocze) na ZZOZ nie nałożono kar umownych w zakresie leczenia szpitalnego w OG oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w PG.

(dowód: akta kontroli str. 82-84)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

2.1. Warunki udzielania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W I półroczu 2014 r. świadczeń medycznych w ZZOZ udzielało:

a) w PG - dwóch lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatryi.

PG była czynna przez trzy dni w tygodniu po cztery godziny²¹. Od dnia 9 lipca 2014 r. świadczeń medycznych w poradni w wymiarze sześciu godzin tygodniowo udzielała również pielęgniarka.

b) w OG²² – sześciu lekarzy (w tym trzech posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatryi²³), 12-13 pielęgniarek²⁴ (w tym: trzy po kursie kwalifikacyjnym

¹⁹ W tym w przedziałach wiekowych: 0-59, 60-74, 75-89, i powyżej 90 roku życia, odpowiednio: 5, 612, 1.207 i 154 osobom.

²⁰ W tym w przedziałach wiekowych: 0-59, 60-74, 75-89, i powyżej 90 roku życia, odpowiednio: 0, 1.335, 1.796 i 87 osobom.

²¹ Tj. w godzinach: wtorek 7.00-11.00, czwartek 14.00-18.00, piątek 8.00-12.00.

²² OG liczył w I półroczu 2014 r. 15 łóżek szpitalnych.

²³ W tym jeden lekarz uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie geriatryi w dniu 9 kwietnia 2014 r. Czterej lekarze zatrudnieni byli na podstawie umowy o pracę w wymiarze 37 godzin 55 minut tygodniowo, a z dwoma pozostałymi zawarto umowy cywilnoprawne. Na dzień 30 czerwca 2014 r. na jednego lekarza specjalistę w dziedzinie geriatryi przypadało 5 łóżek szpitalnych.

²⁴ Od dnia 1 marca 2014 r. jedną z pielęgniarek przeniesiono do Oddziału Chorób Wewnętrznych. Na dzień 30 czerwca 2014 r. na jedną pielęgniarkę przypadało 1,25 łóżka.

w dziedzinie opieki długoterminowej oraz po jednej z tytułem specjalisty: pielęgniarstwa geriatrycznego i zachowawczego), fizjoterapeuta, psycholog i opiekun medyczny.

ZZOZ w odniesieniu do PG i OG spełniał wymogi dotyczące personelu określone w aneksach²⁵ do umów²⁶ zawartych z Oddziałem NFZ oraz rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁷ oraz z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁸.

Zasoby kadrowe OG były zgodne z wymogami określonymi w załączniku nr 3a do zarządzenia Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 88-111)

PG znajdowała się na parterze Pawilonu diagnostyczno-zabiegowego²⁹ wyposażonego w dwie windy przystosowane dla osób niepełnosprawnych. W skład poradni wchodziły: gabinet lekarski, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, gabinet rehabilitacji i fizykoterapii, poczekalnia, pomieszczenie rejestracji, pomieszczenie pielęgniarek poradni.

(dowód: akta kontroli str. 112)

OG zlokalizowano na trzecim piętrze Pawilonu łóżkowego³⁰, wyposażonego w cztery windy przystosowane dla osób niepełnosprawnych. W skład oddziału wchodziło: 5 sal chorych wyposażonych łącznie w 15 łóżek³¹, pokój zabiegowy, dyżurka personelu medycznego, łazienka ogólnodostępna dla pacjentów, brudownik, pomieszczenie gospodarcze, kuchnia oraz WC dla personelu. OG był wyposażony w oświetlenie nocne, "oporęczowany" korytarz, sprawną instalację przyzywową. Pomieszczenie rehabilitacyjne dla pacjentów znajdowało się na piątym piętrze Pawilonu łóżkowego.

(dowód: akta kontroli str. 112-119)

Wg stanu na dzień 6 sierpnia 2014 r.³² ZZOZ dysponował m.in.:

a) w PG: aparatem EKG, aparatem do mierzenia ciśnienia tętniczego, sprzętem do udzielania pierwszej pomocy (tj. zestawem AMBU, defibrylatorem), glukometrem i wagą lekarską.

Wyposażenie poradni w sprzęt medyczny wg złożonej przez ZZOZ oferty³³ oraz aneksu z dnia 6 maja 2011 r. do umowy zawartej z Oddziałem NFZ 26 stycznia 2011 r. było zgodne z danymi zawartymi w ewidencji księgowej.

(dowód: akta kontroli str. 112, 120-142)

²⁵ Tj. aneksach: z dnia 14 stycznia 2014 r. dotyczącym AOS oraz z dnia 22 stycznia 2014 r. dotyczącym LSZ.

²⁶ Tj. umów: z dnia 26 stycznia 2011 r. dotyczącej AOS i z dnia 12 stycznia 2012 r. dotyczącej LSZ.

²⁷ Zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu LS (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520)

²⁸ Zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413)

²⁹ Tj. obiektu nr 1 Szpitala Śląskiego.

³⁰ Tj. obiektu nr 2 Szpitala Śląskiego.

³¹ W każdej sali chorych znajdowały się po trzy łóżka szpitalne.

³² Tj. dzień przeprowadzenia oględzin.

³³ Tj. oferty z dnia 15 kwietnia 2011 r. dotyczącej AOS.

b) w OG: defibrylatorem, 5 kardiomonitorami, 9 pompami infuzyjnymi, 2 aparatami EKG, aparatem USG, sprzętem do udzielania pierwszej pomocy (zestawem AMBU, zestawem do intubacji, źródłem tlenu), 2 ssakami medycznymi, 2 glukometrami, pulsoksymetrem, 15 łózkami o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek, 2 wózkami, parawanem, podnośnikiem i 3 materacami przeciwoleżynowymi.

Wyposażenie oddziału w sprzęt medyczny wg złożonej przez ZZOZ oferty³⁴ oraz umowy zawartej 12 stycznia 2012 r. z Oddziałem NFZ były zgodne z danymi zawartymi w ewidencji księgowej.

(dowód: akta kontroli str. 112, 143-169)

ZZOZ spełniał wymogi dotyczące sprzętu określone w aktualnych aneksach³⁵ do umów³⁶ zawartych z Oddziałem NFZ, rozporządzeniach Ministra Zdrowia: w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i LSZ, zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia: 17 i 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne oraz Standardach postępowania w opiece geriatrycznej z dnia 31 stycznia 2013 r.³⁷

(dowód: akta kontroli str. 41, 52-62, 112)

2.2. Procedury diagnostyczne i terapeutyczne

Na podstawie wybranych losowo 79 kart historii zdrowia i choroby pacjentów PG³⁸ i 52 kart historii choroby pacjentów OG³⁹ stwierdzono, że przyjęcie do PG lub OG odbywało się na podstawie skierowań lekarzy POZ⁴⁰ (łącznie 80 przypadków), lekarzy ZZOZ (33 przypadki) lub lekarzy specjalistów spoza ZZOZ (łącznie 18 przypadków).

(dowód: akta kontroli str. 170-179)

Głównym wskazaniem do leczenia wg rozpoznania lekarzy kierujących były:

- nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca i demencja starcza⁴¹, dla pacjentów PG,
- bóle brzucha, niedokrwistość i niewydolność serca, dla pacjentów OG⁴².

(dowód: akta kontroli str. 171)

Skierowanie na kontynuację leczenia do PG wystawione przez lekarzy ZZOZ (w tym OG) otrzymało 24 z 79 (tj. 30,4%) wylosowanych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 170-171)

U pacjentów PG zdiagnozowano 1-12 schorzeń, a u pacjentów OG 1-8 schorzeń, tj. m.in.: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, chorobę niedokrwienną serca, migotanie przedsionków, zaburzenia rytmu serca, miażdżycę, cukrzycę, chorobę Parkinsona, łagodny przerost prostaty, niedokrwistość, choroby zwyrodnieniowe

³⁴ Tj. oferty z dnia 21 listopada 2011 r. dotyczącej LSZ.

³⁵ Tj. aneksach: z dnia 14 stycznia 2014 r. dotyczącym AOS oraz z dnia 22 stycznia 2014 r. dotyczącym LSZ.

³⁶ Tj. umów: z dnia 26 stycznia 2011 r. dotyczącej AOS i z dnia 12 stycznia 2012 r. dotyczącej LSZ.

³⁷ Zwanymi dalej *Standardami postępowania w opiece geriatrycznej*. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska 2013, tom 21, nr 2.

³⁸ Tj. 3% z 2.584 historii zdrowia i choroby pacjentów leczonych w PG w latach 2011-2013.

³⁹ Tj. 3% z 1.712 historii zdrowia pacjentów hospitalizowanych na OG w latach 2011-2013.

⁴⁰ Tj. podstawowej opieki zdrowotnej.

⁴¹ Po 8 przypadków.

⁴² W odpowiednio: 7, 6 i 5 przypadkach.

kręgosłupa i stawów, nadczynność i niedoczynność tarczycy, chorobę wrzodową żołądka, następstwa udaru mózgu i niewydolność nerek.

Pacjentów PG leczono 1-17 lekami⁴³, a pacjentów OG 1-13 lekami⁴⁴.

Czas trwania pierwszorazowej porady lekarza geriatry wynosił 10-15 minut, a porad kolejnych 10-20 minut. Czas pobytu pacjenta w OG wynosił od 2 do 32 dni.

(dowód: akta kontroli str. 170-171, 182)

Dla przeprowadzenia diagnozy pacjenta w PG przeprowadzano: badanie fizykalne, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, ocenę podstawowych czynności życiowych pacjenta ADL⁴⁵ (21 przypadków), ocenę funkcji poznawczych MMSE⁴⁶ (8 przypadków) i ocenę stanu emocjonalnego GDS⁴⁷ (2 przypadki).

W OG przeprowadzano: ocenę funkcji poznawczych MMSE (26 przypadków), ocenę stanu emocjonalnego GDS (20 przypadków), ocenę podstawowych czynności życiowych pacjenta ADL (16 przypadków), ocenę ryzyka powstawania odleżyn⁴⁸ (4 przypadki) ocenę złożonych czynności życia codziennego IADL⁴⁹ (3 przypadki), ocenę chodu i równowagi⁵⁰ (3 przypadki).

(dowód: akta kontroli str. 171)

W badanej próbie 52 kart historii choroby OG stwierdzono cztery przypadki⁵¹ (tj. 7,7%) sporządzenia przez lekarzy *Karty całościowej oceny geriatrycznej*⁵² dla pacjenta.

P.o. Ordynatora⁵³ OG wyjaśnił m.in., że podstawą postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w OG w latach 2011-2014 były elementy całościowej oceny geriatrycznej, natomiast *stosunkowo rzadko raportowano do NFZ wykonanie Procedury całościowej oceny geriatrycznej, co wiązało się z wypełnieniem zunifikowanej Karty całościowej oceny geriatrycznej. Było to spowodowane niską wyceną punktową NFZ ww. procedury, zaś OG w powyższym okresie regularnie odnotowywał znaczące nadwykonania umów zawartych z NFZ.*

(dowód: akta kontroli str. 171, 184)

W 40 z 52 badanych w OG *kart informacyjnych z pobytu szpitalnego* określono wskazówki co do dalszego postępowania terapeutycznego dla innych podmiotów przejmujących opiekę nad pacjentem.

Wg wyjaśnień Ordynatora OG czynna opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym⁵⁴ była realizowana również poprzez wykonywanie tzw. świadczeń poszpitalnych w PG, służących zapewnieniu ciągłości opieki nad wypisywanymi ze szpitala pacjentami ze schorzeniami przewlekłymi.

(dowód: akta kontroli str. 171, 189-191)

⁴³ 7 pacjentów leczono więcej niż 10 lekami.

⁴⁴ 5 pacjentów leczono więcej niż 10 lekami.

⁴⁵ *Activities of daily living (wg skali Katza)* - ocenia zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

⁴⁶ *Mini Mental State Examination* - ocenia funkcje poznawcze, stanowi narzędzie do oceny otępień.

⁴⁷ *Geriatryczna Skala Oceny Depresji wg Yesavage'a*.

⁴⁸ Wg skali Nortona.

⁴⁹ *Instrumental activities of daily living (wg skali Lawtona)* - ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu, pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy (opieki).

⁵⁰ Wg skali Tinetti.

⁵¹ Nr pacjentów wg Księgi Głównej: 24838/2012, 4576/2013, 12832/2013, 31709/2013.

⁵² Wg definicji zawartej w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej *całościowa ocena geriatryczna to wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego.*

⁵³ Zwany dalej Ordynatorem.

⁵⁴ Tj. w wieku 60 lat i więcej.

Personel OG i PG uczestniczył m.in. w kursach kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, XI i XII Łódzkich Warsztatach Psychogeriatrycznych oraz kursach: „Kardiologia geriatryczna”, „Gerontologia i geriatra – rola i znaczenie we współczesnej medycynie”, „Wielkie problemy geriatryczne”, „Chirurgia wieku podeszłego”, „Choroby układu pokarmowego i oddechowego w wieku podeszłym”, „Choroby metaboliczne i endokrynologia wieku podeszłego”, „Problemy onkologiczne w geriatry”, „Rehabilitacja w wybranych chorobach ludzi starych”, „Główne problemy geriatryczne oraz choroby psychiczne i neurologiczne najczęściej występujące w wieku podeszłym”. W ww. kursach uczestniczyło 5 lekarzy⁵⁵ i 15 pielęgniarek⁵⁶ udzielających świadczeń zdrowotnych osobom starszym.

Organizatorami oraz podmiotami finansującymi ww. kursy były m.in.: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Klinika Geriatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Beskidzka Okręgowa Izba Pielęgniarek.

Dyrektor wyjaśnił, że źródłem informacji o kursach byli ich organizatorzy. Na szkolenia kierowano osoby zainteresowane i zaangażowane w pracę z osobami starszymi, a ich efektem był m.in. brak zaleceń po kontroli OG przeprowadzonej w dniu 15 października 2013 r. przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 192-220)

2.3. Prowadzenie listy pacjentów

Pacjenci rejestrujący się telefonicznie otrzymywali ustną informację o terminie udzielenia świadczenia, a w przypadku pacjentów rejestrujących się osobiście informację wpisywano na odwrocie skierowania.

(dowód: akta kontroli str. 221-223, 226-230)

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia dla PG i OG były prowadzone w formie elektronicznej i zawierały dane określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj.: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko, numer PESEL, numer telefonu i adres świadczeniobiorcy, rozpoznanie i termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z listy. Na ww. listach dokonywano adnotacji dotyczącej zakwalifikowania pacjenta do kategorii medycznej: przypadek pilny lub stabilny, zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁵⁷.

(dowód: akta kontroli str. 224-225)

Realizację zadań dotyczących prowadzenia i monitorowania list oczekujących powierzono w zakresach obowiązków dwóm statystykom medycznym, 18 osobom rejestrującym do PG zatrudnionym w Zespole Poradni Specjalistycznych oraz 11 osobom rejestrującym do OG zatrudnionym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

(dowód: akta kontroli str. 232-239)

⁵⁵ Tj. 83,3% spośród 6 lekarzy pracujących w latach 2011-2014 (I półrocze) w OG i PG.

⁵⁶ Tj. 75,0% spośród 20 zatrudnionych w latach 2011-2014 (I półrocze) w OG i PG.

⁵⁷ Zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie informacji gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców (Dz. U. Nr 200, poz. 1661)

Pacjent miał zapewnioną możliwość telefonicznego poinformowania ZZOZ o zmianie stanu swojego zdrowia, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia. W takich przypadkach korygowano termin udzielenia świadczenia, co odnotowywano na liście osób oczekujących PG i OG, zgodnie z art. 20 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Pani Kierownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Medycznych poinformowała, że w latach 2011-2014 (I półrocze) nie wystąpiły zdarzenia uniemożliwiające ZZOZ zachowanie terminu wynikającego z zapisów na listach osób oczekujących, a w przypadku nieobecności lekarza zapewniano zastępstwo.

(dowód: akta kontroli str. 230-231, 240-241)

Pacjentów PG wprowadzano na listę oczekujących codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pracy rejestracji, tj. od 7.00 do 19.00, a pacjentów OG całodobowo przez 7 dni w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str. 230-231, 242-245)

Raporty statystyczne dotyczące osób oczekujących na udzielanie świadczenia w PG i OG przekazywano w latach 2011-2014 (I półrocze) do Oddziału NFZ w terminie od 1 do 10 dni od zakończenia każdego miesiąca, tj. w terminie określonym 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 publicznych⁵⁸, z wyjątkiem raportu za luty 2014 r. Raporty te zawierały dane określone w § 8 ust. 2 tego rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 246-260)

Średni czas oczekiwania na wizytę i liczba osób oczekujących dla OG wynosiły:

- a) w czerwcu 2011 r. – 5 dni i 6 osób oczekujących dla przypadków stabilnych oraz brak osób oczekujących dla przypadków pilnych,
- b) w styczniu 2012 r. – 10 dni i 8 osób (przypadki stabilne) oraz brak osób oczekujących (przypadki pilne),
- c) w czerwcu 2012 r. odpowiednio: 9 dni i 3 osoby, brak osób oczekujących,
- d) w styczniu 2013 r. – 6 dni i 4 osoby, brak osób oczekujących,
- e) w czerwcu 2013 r. – 8 dni i 11 osób, brak osób oczekujących,
- f) w styczniu 2014 r. – 10 dni i 13 osób, brak osób oczekujących,
- g) w czerwcu 2014 r. – 14 dni i 7 osób, brak osób oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 257-260)

Średni czas oczekiwania na wizytę i liczba osób oczekujących dla PG wynosiły:

- a) w czerwcu 2011 r. – brak osób oczekujących,
- b) w styczniu 2012 r. – 9 dni i 2 osoby oczekujące dla przypadków stabilnych, brak osób oczekujących dla przypadków pilnych,
- c) w czerwcu 2012 r. odpowiednio: – 19 dni i 7 osób, brak osób oczekujących,
- d) w styczniu 2013 r. – 30 dni i 10 osób, brak osób oczekujących,
- e) w czerwcu 2013 r. – 32 dni i 19 osób, brak osób oczekujących,
- f) w styczniu 2014 r. – 37 dni i 13 osób, brak osób oczekujących,
- g) w czerwcu 2014 r. – 35 dni i 11 osób oraz 18 dni oczekiwania dla przypadków pilnych i 2 osoby oczekujące.

⁵⁸ Zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie informacji gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców” (Dz. U. z 2013, poz.1447)

Zwiększenie średniego czasu oczekiwania w PG w latach 2013-2014 (I półrocze), wg Kierownika Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Medycznych, było spowodowane zwiększeniem liczby kierowanych na leczenie pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 253-256, 261-262)

W ZZOZ umożliwiono pacjentom wprowadzenie na listę oczekujących na podstawie kontaktu telefonicznego, co wg Kierownika Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Medycznych miało miejsce w połowie przypadków.

(dowód: akta kontroli str. 231)

2.4. Badania satysfakcji pacjenta

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta przeprowadzono w OG w okresach: styczeń-sierpień 2011 r., wrzesień-październik 2012 r. oraz listopad-grudzień 2013 r. Badaniami objęto odpowiednio: 55, 33 i 37 pacjentów.

Pacjenci ocenili⁵⁹ m.in.: warunki panujące w oddziale⁶⁰ (93%, 89% i 89% ocen co najmniej dobrych)⁶¹, dietę i posiłki (odpowiednio: 91%, 45% i 73%), opiekę lekarską (97%, 84% i 94%), opiekę pielęgniarską (99%, 94% i 98%), badania diagnostyczne⁶² (93%, 88% i 95%).

Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną pogorszenia się oceny wyżywienia w latach 2012-2013 w odniesieniu do 2011 r. były zmiany organizacyjne w firmie zewnętrznej, której powierzono dostawę wyżywienia, a obecnie analizowana jest możliwość odtworzenia i uruchomienia kuchni szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 84-85, 263-283)

2.5. Koszty leczenia pacjenta

Wg danych uzyskanych z Oddziału NFZ łączny koszt leczenia jednego pacjenta⁶³ w 2013 r. wynosił:

- a) dla pacjentów leczonych w PG – 888,08 zł, w tym 542,80 zł w ZZOZ i 345,28 zł w innych placówkach medycznych,
- b) dla osób leczonych w OG – 5.538,47 zł, w tym 5.456,49 zł w ZZOZ i 81,98 zł w innych placówkach medycznych,
- c) dla osób leczonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych – 12.189,50 zł, w tym 8.422,61 zł w ZZOZ i 3.766,89 zł w innych placówkach medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 284-294)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie zatrudniono pielęgniarek w PG w 2014 r. (do dnia 8 lipca), co było niezgodne z ofertą na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, złożoną przez ZZOZ do Oddziału NFZ w dniu 15 kwietnia 2011 r.⁶⁴, w której przewidziano zatrudnienie w PG trzech pielęgniarek bez specjalizacji łącznie w wymiarze 6 godzin tygodniowo⁶⁵. Pielęgniarek nie wykazano również wśród osób udzielających

⁵⁹ Wg 4-stopniowej skali ocen: bardzo dobrze, dobrze, średnio, źle.

⁶⁰ Tj. m.in.: czystość sali, sanitariatów, uprzejmość i zachowanie salowych, dostępność do radia, telewizji i telefonu, możliwość odwiedzin.

⁶¹ W nawiasach podano procent ankiet z oceną co najmniej dobrze dla badań ankietowych przeprowadzonych w latach: 2011, 2012, 2013.

⁶² Tj.: uprzejmość personelu gabinetów zabiegowych, długość czasu oczekiwania na badanie, możliwość eliminacji bólu w trakcie badania, objaśnienie wyników badania.

⁶³ Dokonano wyboru 75 pacjentów w wieku 60+ wg najczęściej powtarzających się numerów PESEL, tj. po 25 pacjentów leczonych w 2013 r. w PG, OG i Oddziale Chorób Wewnętrznych ZZOZ.

⁶⁴ Nr 12-11-001770/AOS/02/1/02.1060.001.02/1

⁶⁵ Tj. w wymiarze 50% czasu pracy Poradni Geriatrycznej.

świadczeń w PG, wymienionych w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* (poz. 3e *Poradnia Geriatryczna*, pkt II *Personel*, wiersz: *Dostępność osoby personelu*) do umowy nr 122/100178/02/1/2014⁶⁶, zawartej na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r., pomimo iż w § 2 ust. 1 ww. umowy ustalono, że świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w Załączniku nr 2 do umowy – „*Harmonogram – zasoby*”.

Pełnomocnik ds. Medycznych wyjaśnił m. in.: że w I półroczu 2014 r. czynności potrzebne w PG wykonywały pielęgniarki zatrudnione w Zespole poradni specjalistycznych, jednak (...) *przez niedopatrzenie, po reorganizacji pracy pielęgniarki, która była wykazana do NFZ nie skorygowano tego w Portalu NFZ*. Poinformował również, że (...) *fakt ten skorygowano od 9 lipca 2014 r. i przypisano do Poradni geriatrycznej pielęgniarkę*.

W ocenie NIK personel ZZOZ nierzetelnie realizował obowiązek bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące do wykonywania umów, w tym w szczególności osoby udzielające świadczeń, wynikający z § 2 ust. 9 ww. umowy, poprzez nieaktualizowanie danych o osobach udzielających świadczeń. Natomiast w myśl § 6 ust. 1 i 2 OWU świadczenia udzielane są przez personel zgodnie z załącznikiem do umowy, a zmiany w tym zakresie wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(dowód: akta kontroli str. 30-41, 120-127, 295-296)

2. W latach 2013-2014 (do dnia zakończenia kontroli) nie umożliwiono pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, co było niezgodne z postanowieniami art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶⁷.

Dyrektor wyjaśnił, że było to spowodowane m.in. opóźnieniami we wprowadzeniu nowego systemu informatycznego, spowodowanymi przedłużeniem procedur przetargowych.

(dowód: akta kontroli str. 86-87)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W I półroczu 2014 r. ZZOZ nie zatrudniał: pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa w PG oraz magistra rehabilitacji lub fizjoterapii w OG. Powyższe nie odpowiadało warunkom udzielania świadczeń określonym w odpowiednio: pkt 2.2-2.4. i 11.4 *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*.

Pełnomocnik ds. Medycznych wyjaśnił, że „*wycena świadczeń wykonywanych w Poradni geriatrycznej nie pozwala na organizację opieki nad osobami starszymi w sposób określony w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*”.

(dowód: akta kontroli str. 88-90, 296)

2. Jeden raport statystyczny dotyczący osób oczekujących na udzielenie świadczenia w PG i OG, spośród 42 sporządzonych w okresie 2011-2014 (I półrocze), przesłano do Oddziału NFZ dzień po terminie określonym w § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie informacji gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców⁶⁸, co Pani Kierownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Medycznych wyjaśniła niedopatrzeniem.

(dowód: akta kontroli str. 246-252, 297-299)

⁶⁶ Której brzmienie ustalono w § 1 ust. 2 aneksu nr 1/02/1/2014 z dnia 14 stycznia 2014 r. do umowy nr 122/100178/02/1/2013, obowiązującym od dnia 1 stycznia 2014 r.

⁶⁷ Obowiązującym od dnia 1 stycznia 2013 r.

⁶⁸ Tj. raport za miesiąc luty 2014 r., przekazany do Oddziału NFZ w dniu 11 marca 2014 r.

3. W trakcie oględzin OG przeprowadzonych w dniu 6 sierpnia 2014 r. stwierdzono ubytki i uszkodzenia posadzki⁶⁹ korytarza oraz odpadającą powłokę malarską sufitu nad kabiną prysznicową w pomieszczeniu sanitarnym wspólnym dla sal chorych nr 337 i 338.

Pełnomocnik ds. Techniczno-Gospodarczych wyjaśnił, że „*nie podejmowano działań zmierzających do usunięcia ww. usterek ze względu na planowane wcześniej inne prace remontowe na terenie szpitala, a ich usunięcie zaplanowano w terminie do 30 września 2014 r.*”

(dowód: akta kontroli str. 112-115, 300-303)

4. Na podstawie 79 kart historii zdrowia i choroby pacjentów PG stwierdzono, że czas trwania pierwszorazowej porady lekarza geriatryi wynosił 10-15 minut, a porad kolejnych 10-20 minut, co nie odpowiadało warunkom udzielania świadczeń określonym w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*⁷⁰, wg których czas trwania pierwszorazowej porady powinien wynosić 60-90 minut, a porad kolejnych 30-40 minut.

Ordynator wyjaśnił, że: „*W mojej opinii, zalecany przez Standardy postępowania w opiece geriatrycznej czas trwania porady lekarskiej w Poradni Geriatrycznej, mimo, że pożądanym, jest w warunkach działalności naszej Poradni, mało realistyczny. Przestrzeganie powyższych zaleceń powodowałoby limitowanie ilości przyjmowanych pacjentów (...) i skutkowało ograniczeniem dostępności do świadczeń Poradni lub wydłużeniem kolejki oczekujących.*”

(dowód: akta kontroli str. 180-181, 183-185)

5. Wg danych dotyczących wylosowanych 52 kart historii choroby czas pobytu pacjenta na OG w 3 przypadkach⁷¹ przekroczył 21 dni określonych w ww. standardach i wynosił: 24, 29 i 32 dni.

Ordynator wyjaśnił, że zaistniała sytuacja dotyczyła pacjentów *wymagających szerokiej diagnostyki i wieloskładnikowej terapii* oraz chorej oczekującej na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego, której stan uniemożliwiał wcześniejszy wypis ze szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 182-184)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

3. Współpraca i współdziałania lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia

Opis stanu faktycznego

ZZOZ składał wnioski o umieszczenie pacjentów w wieku podeszłym wypisanych ze szpitala w zakładach opiekuńczo leczniczych⁷² oraz w ośrodkach pomocy społecznej⁷³. W ww. zakresie nie ustalono szczegółowych procedur. Dokonywanie analizy i oceny zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej, kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń oraz kompletowanie dokumentów związanych z załatwianiem prowadzonych dla pacjenta spraw dotyczących umieszczenia

⁶⁹ Posadzkę korytarza wykonano z płytek PCV.

⁷⁰ Gerontologia Polska 2005, tom 13, nr 2.

⁷¹ Nr pacjentów wg Księgi Głównej: 6585/2011, 9402/2011 i 2167/2013.

⁷² Tj. m.in.: Oddziale Opiekuńczo-Lecznym Centrum Medycznego Sióstr Elżbietanek i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Sióstr Boromeuszek w Cieszynie.

⁷³ Tj. m.in.: w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Cieszynie oraz Gminnych Ośrodkach Pomocy Społecznej w Hażlachu i Chybiu.

w zakładach opiekuńczo leczniczych powierzono w zakresie obowiązków pracownikowi socjalnemu zatrudnionemu w ZZOZ.

W przypadku stwierdzenia wskazań do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, kierowano pacjenta do konsultacji przez lekarza specjalistę uprawnionego do wystawienia zlecenia na wydanie przedmiotów ortopedycznych (np. ortopeda, neurolog, specjalista rehabilitacji). W wyniku konsultacji lekarz wystawiał stosowne zlecenie, które pacjent mógł zrealizować po wyjściu ze szpitala w sklepie z zaopatrzeniem medycznym, w tym sklepie zlokalizowanym na terenie ZZOZ. W przypadku, gdy istniała potrzeba zaopatrzenia w sprzęt dobierany indywidualnie dla danego pacjenta, rehabilitant zatrudniony w OG dokonywał pomiarów pacjenta koniecznych do dobrania odpowiedniego zaopatrzenia.

W badanej próbie 52 kart historii choroby pacjentów OG stwierdzono jeden przypadek zaopatrzenia pacjenta wypisanego ze szpitala w artykuły ortopedyczne⁷⁴. Ordynator wyjaśnił m.in., że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie⁷⁵ (...) umożliwiło wydawanie wniosków na niektóre z tych wyrobów przez lekarza geriatrę, jednak zakres wprowadzonych zmian jest dość ograniczony (...) W I półroczu 2014 r. nie korzystano ze stworzonych przez wzmiankowane rozporządzenie możliwości – nie stwierdzono takiej potrzeby (...).

(dowód: akta kontroli str. 171, 304-320)

ZZOZ współpracował z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie geriatrici⁷⁶. Konsultant zaopiniował pozytywnie wniosek Zespołu o wpisanie OG na *Listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizację w dziedzinie geriatrici*. W dniu 8 listopada 2011 r. Konsultant wygłosił wykład na konferencji geriatricznej zorganizowanej przez ZZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 321-331)

Na podstawie wybranych losowo 79 kart historii zdrowia i choroby pacjentów PG i 52 kart historii choroby pacjentów OG stwierdzono, że lekarz udzielający porady we wszystkich przypadkach posiadał informację o przebytych przez pacjenta leczeniach poza ZZOZ. Powyższe informacje znajdowały się w historii zdrowia i choroby w rubryce: „ogólny stan zdrowia pacjenta”, a w historii choroby w rubryce: „przebieg hospitalizacji-wywiad”.

(dowód: akta kontroli str. 170)

Informacje o lekarzu POZ sprawującym opiekę nad pacjentem zawierało:

- 55 (tj. 69,6%) kart historii choroby pacjentów PG. Pozostałych 24 pacjentów było skierowanych do PG przez lekarzy ZZOZ (w tym: 18 pacjentów przez lekarzy zatrudnionych w OG oraz 6 pacjentów przez lekarzy specjalistów: chorób wewnętrznych, chorób płuc, dermatologa, laryngologa i kardiologa),
- 25 (tj. 48,1%) badanych kart historii choroby pacjentów OG. Pozostałych 27 pacjentów było skierowanych przez lekarzy specjalistów: chorób wewnętrznych, anestezjologa, ortopeda traumatologa i kardiologa.

(dowód: akta kontroli str. 170)

W badanej próbie osób leczonych w PG i OG wystąpiły 22 przypadki pacjentów leczonych również w innych oddziałach szpitalnych, tj.: chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologicznym, chirurgicznym, obserwacyjno-zakaźnym, urazowo-ortopedycznym, wewnętrznym, intensywnej terapii oraz chorób

⁷⁴ Tj. podpórkę ortopedyczną ułatwiającą chodzenie.

⁷⁵ Dz. U. z 2013, poz. 565. Ww. rozporządzenie weszło w życie w dniu 1 stycznia 2014 r.

⁷⁶ Zwanym dalej „Konsultantem”.

płuc przez lekarzy specjalistów: chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób zakaźnych, ortopedę-traumatologa, chorób wewnętrznych, chorób płuc, anestezjologii i intensywnej terapii oraz dermatologa.

(dowód: akta kontroli str. 170)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁷⁷, wnosi o:

1. **Zapewnienie terminowej aktualizacji przekazywanych do Oddziału NFZ danych o osobach udzielających świadczeń zdrowotnych w PG.**
2. **Zapewnienie pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

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.

Katowice, dnia 22 września 2014 r.

Kontroler

Aleksander Małysz

specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura Katowicach

⁷⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

