



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4110-04-01/2013

R/13/005

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/13/005 Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Placówka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Jan Mosiej, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 87378 z dnia 5 listopada 2013 r.;
	(dowód: akta kontroli str. 1 – 2)
Placówka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicar, ul. Grota Roweckiego 2a, 09–200 Sierpc REGON 61019948100045 (zwany dalej „NZOZ” lub Medicar)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Janusz Maciejewski
	(dowód: akta kontroli str. 3 – 4, 6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia działalność kontrolowanego NZOZ Medicar w zakresie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (poz) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (aos), finansowanej ze środków publicznych. ¹
Uzasadnienie oceny ogólnej	Powyższą ocenę uzasadnia to, że: NZOZ Medicar spełniał warunki, ustalone w umowie z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ), na realizację świadczeń w zakresie aos i poz, w tym: – posiadał zasoby pozwalające na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, (tj. odpowiednie pomieszczenia, wykwalifikowany personel oraz wyposażenie w sprzęt) zgodne z określonymi w umowie z NFZ, – zapewniał współpracę i współdziałanie lekarzy poz i aos z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego, – terminowo przekazywał raporty o wykonanych świadczeniach i dokonywał rozliczeń umów z MOW NFZ. Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości polegały na: – nieaktualizowaniu wpisów w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego, – dokonywaniu zmian w działalności NZOZ, bez uprzednich zmian w statucie i regulaminie organizacyjnym, – niezapewnieniu świadczeniobiorcom rzetelnych informacji o dostępności lekarzy realizujących świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, – nierzetelnym przekazywaniu do MOW NFZ danych dotyczących kolejek osób oczekujących do poradni okulistycznej.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje trzystopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna z nieprawidłowościami, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

1.1. Forma prawna świadczeniodawcy.

Podmiot leczniczy - działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną - Janusza Maciejewskiego - utworzył przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego NZOZ Medicar, prowadzące działalność leczniczą w rodzaju - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Według stanu na dzień 8 listopada 2013 r. w rejestrze wykazano trzy jednostki i 40 komórek organizacyjnych Medicar w tym: przychodnia w Sierpcu przy ul. Grota Roweckiego 2a - 15 komórek organizacyjnych i jedna przy w ul. Płockiej 23a²; oraz po siedem komórek organizacyjnych w miejscowościach Ligowo³ i Mochowo⁴.

Działalnością Medicar kieruje i reprezentuje go na zewnątrz dyrektor, który m.in. ustala regulamin porządkowy oraz prawa i obowiązki pracowników, a także sprawuje nadzór merytoryczny nad działaniem podmiotu leczniczego.

Medicar posiada dostęp do internetu. W Przychodni lekarskiej w Sierpcu, ul. Grota Roweckiego 2a - prędkość łącza wynosi do 24 Mb, natomiast w Filiach NZOZ w Mochowie i w Ligowie - prędkość łącza wynosi do 10 Mb.

W grudniu 2012 r. uruchomiono łącze internetowe, w związku z obowiązkiem weryfikacji ubezpieczenia pacjentów przy użyciu systemu „e-WUS”

(dowód: akta kontroli str. 5, 51, 417-419, 432-434)

1.2. Zakres udzielanych świadczeń.

Celem NZOZ Medicar, określonym w statucie⁵, jest stworzenie kompleksowych warunków do udzielania podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia w ramach umów o świadczenie usług zdrowotnych, zawartych z dysponentami środków publicznych i innymi podmiotami. Do zadań zakładu należy odpłatne i nieodpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych i usług medycznych dla ogółu ludności w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej, w tym m.in. endokrynologicznej, okulistycznej, preluksacyjnej, zdrowia psychicznego, ginekologicznej, urologicznej, ortopedycznej, oraz poprzez: punkt szczepień, gabinet zabiegowy, pielęgniarską opiekę długoterminową i poradnię promocji zdrowia.

Od 1 grudnia 2009 r. uruchomiono punkt pobrań materiałów do badań, w przychodni lekarskiej w Sierpcu.

(dowód: akta kontroli str. 48-52, 56-57, 61, 63, 288, 296, 462-463)

Do zadań komórek organizacyjnych NZOZ przypisano m.in.:

- w poradni lekarza poz „...*wykonywanie badań profilaktycznych (...) zapobieganie powstawaniu urazów poprzez działania profilaktyczno – lecznicze*”,
- w poradni pielęgniarki poz „...*realizowanie zleceń lekarskich, a także wykonywanie świadczeń medycznych bez zlecenia lekarza lekarskiego, do których pielęgniarka jest uprawniona odrębnymi przepisami, wykonywanie badań profilaktycznych*

² W Sierpcu przy ul. Grota Roweckiego 2a wykazane w księdze rejestrowej poz. od 41 do 66 oraz przy ulicy Płockiej poz. 66 Okulistyka Gabinet diagnostyczno-zabiegowy, działający od 22 lutego 2012 r.

³ W NZOZ filia w Ligowie: wykazane w księdze rejestrowej poz. od 26 do 31 i 33; oraz poz. 32 Poradnia ginekologiczno-położnicza (do 20.11.2012 r.).

⁴ W NZOZ filia w Mochowie: wykazane w księdze rejestrowej poz. od 34 do 40.

⁵ Statut nadany 2 stycznia 2007 r. przez Janusza Maciejewskiego - właściciela NZOZ.

pielęgniarki zgodnie z odrębnymi przepisami, nadzór nad środowiskiem zdrowym, prowadzenie akcji profilaktycznych, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”,

- w poradni położnej poz: „... działania profilaktyczno – lecznicze, prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”.

(dowód: akta kontroli str. 49-50, 62-66, 423-425, 433)

1.3. Regulamin organizacyjny świadczeniodawcy.

Regulamin, obowiązujący w kontrolowanym okresie, zawierał szereg nieprawidłowości opisanych w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

Regulamin organizacyjny, wprowadzony w trakcie trwania kontroli NIK z dniem 17 grudnia 2013 r., zawierał uregulowania wymagane ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.⁶

Zasady udzielania świadczeń poz i aos oraz dostęp do badań diagnostycznych podane były do wiadomości świadczeniobiorcom, poprzez umieszczenie informacji na tablicy ogłoszeniowej w przychodni, na drzwiach gabinetów przyjęć i na stronie internetowej Medicar.

(dowód: akta kontroli str. 62-74, 471-483)

1.4. Zgodność godzin przyjęć poradni z harmonogramami umów z MOW NFZ.

Na realizację świadczeń medycznych w ramach poz i aos, Medicar zawarł umowy cywilno-prawne z lekarzami posiadającymi prawo wykonywania zawodu oraz prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską.

Przedziały czasowe realizacji świadczeń w ramach aos, wykazane w umowach między Medicar i lekarzami, były zgodne z zapisami w załączniku nr 2 umowy między NZOZ i MOW NFZ. Analiza godzin pracy lekarzy poz wykazała, iż zapewniono ciągłość udzielania świadczeń w ramach poz, stosownie do wymagań NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 223-306, 345, 398-409, 411-414, 436-443, 510-520, 571)

1.5. Zasoby świadczeniodawcy niezbędne do realizacji umowy z NFZ

1.5.1. Warunki lokalowe, sanitarne i techniczne świadczeniodawcy.

NZOZ Medicar posiadał zasoby pozwalające na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷, (tj. odpowiednie pomieszczenia, wykwalifikowany personel oraz wyposażenie w sprzęt) zgodne z określonymi w umowach z MOW NFZ.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sierpcu (PPIS) wydał dla jednostek Medicar decyzje⁸ potwierdzające spełnianie warunków, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹.

Dla jednostek Medicar w Ligowie i Mochowie w 2008 r. opracowano programy dostosowawcze, z terminem realizacji do 30 listopada 2012 r., zaopiniowane pozytywnie przez PPIS. Programy dostosowawcze zrealizował do 31 grudnia 2011 r., Urząd Gminy w Mochowie, właściciel obiektów.

W jednostkach NZOZ Medicar zabezpieczono osobom niepełnosprawnym dostęp do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, w tym

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁷ Lokal NZOZ w Sierpcu przy ul Grota Roweckiego 2a jest własnością przedsiębiorcy, pozostałe są wynajmowane.

⁸ Decyzja nr 19/12 PPIS z 16 października 2012 r. dla NZOZ Medicar w Sierpcu ul. Grota Roweckiego 2a. Decyzja 04/12 z 16 lutego 2012 r. dla gabinetu zabiegowego w poradni okulistycznej. Postanowienie nr 03/10 z 9 września 2010 r. dla pracowni diagnostyki laboratoryjnej (laboratorium) oraz punktu pobrań materiału do badań.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r w sprawie szczegółowych warunków jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

m.in. podjazdy na wejściu do budynków, bezprogowy dostęp do wszystkich gabinetów i poradni oraz odrębne wc dla personelu i świadczeniobiorców, również dla osób niepełnosprawnych.

(dowód: akta kontroli str. 5, 337-341, 376-383, 426-428, 504, 523-548, 561-566)

Ogłędziny w filii NZOZ Ligowo, realizującego świadczenia w ramach poz, potwierdziły zgodność stanu faktycznego z wymaganymi warunkami¹⁰ i kompletność wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Sprawdzenie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, w tym dat ważności leków, strzykawek, igieł do iniekcji i wenflonów - nie wykazało przekroczenia terminów ważności.

(dowód: akta kontroli str. 445)

Ogłędziny warunków lokalowych i wyposażenia poradni okulistycznej oraz urologicznej, realizujących świadczenia w ramach aos, potwierdziły zgodność stanu faktycznego z wymaganymi warunkami¹¹ i kompletność wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

(dowód: akta kontroli str.376-377, 486)

1.5.2. Personel udzielający świadczeń poz i aos.

Do realizacji świadczeń poz Medicar zatrudniał w okresie kontrolowanym siedmiu lekarzy wg następujących specjalizacji i kwalifikacji.

Kwalifikacje lekarza/specjalizacja	Liczba lekarzy (w osobach/etatach)							
	2012 r.		udział w %		2013 r. stan na 30.VI		udział w %	
	osoby	etaty	osoby	etaty	osoby	etaty	osoby	etaty
Medycyna rodzinna	2	2,00	28,6	48,3	2	2,00	28,6	55,9
Choroby wewnętrzne	1	0,60	14,3	14,5	1	0,60	14,3	16,8
Pediatrya	2	0,60*)	28,6	14,5	2	0,42	28,6	11,7
Inna niż ww. i 6-letni staż w POZ	1	0,44	14,3	10,6	1	0,36	14,3	10,1
Nie spełniający ww. kryteriów	1	0,50	14,3	12,1	1	0,20	14,3	5,6
Razem	7	4,14	100,0	100,0	7	3,58	100,0	100,0

*) jeden lekarz zatrudniony na 0,47 etatu oraz jeden lekarz na 0,13 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 75-219, 344, 398, 511-520)

Do realizacji siedmiu zakresów świadczeń aos, określonych umowami z NFZ w okresie kontrolowanym, Medicar zatrudnił sześciu lekarzy (łącznie 2,86 etatu)¹², posiadających prawo wykonywania zawodu oraz prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską¹³. Lekarze ci byli wykazani w umowach między NZOZ Medicar a MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 223-306, 259-286, 291-302, 345, 398-409)

1.6. Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy.

¹⁰ Część V. pkt. 3 i 4 załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248)

¹¹ Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1413).

¹² Okulistyka - 1 osoba / 0,88 etatu (17% / 31% całości zatrudnienia w AOS); oraz odpowiednio diabetologia - 1 / 0,21 (17/7%), położnictwo i ginekologia - 2 / 0,55 (17/19%), endokrynologia - 1 / 0,36 (17/13%), preluksacja - 1 / 0,45 (17/16%) i urologia - 1 / 0,41 (17/14%), etat przeliczony jako 7 godz. i 35 minut dziennie.

¹³ Umowy zawarte na okres od 2011 r do 31 grudnia 2013 r. zawierały m.in.: oświadczenie zleceniobiorcy o posiadaniu kwalifikacji i ubezpieczenia OC, określały udzielanie świadczeń w sposób i na warunkach ustalonych w umowie NZOZ – NFZ, wynagrodzenie za wykonanie usług lekarskich za potwierdzony przez NFZ punkt pomniejszony o wartość badań diagnostycznych.

NZOZ dokonał ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z wymaganiem określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r.¹⁴ Ubezpieczenia obejmowały w okresie do 29 marca 2012 r. sumę gwarancyjną na jedno zdarzenie 46.500 EURO i na wszystkie zdarzenia 275.000 EURO, oraz odpowiednio: w okresie do 29 marca 2013 r. i 29 marca 2014 r. – 75.000 EURO i 350.000 EURO. Medicar nie posiadał ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str.5-47, 220-222)

*Ustalone
nieprawidłowości*

1. W okresie objętym kontrolą, w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego, nie aktualizowano wpisów dotyczących zakresu prowadzonej działalności, pomimo obowiązku złożenia organowi rejestrowemu, w terminie 14 dni, informacji o zmianach stanu faktycznego¹⁵.

W wyjaśnieniu przyczyn tego zaniechania, dyrektor Medicar stwierdził: „Zgłoszone w rejestrze poradnie planowane były jako działalność NZOZ. Z powodu trudności z uzyskaniem kontraktu z NFZ, na niektóre z wykazanych pierwotnie w rejestrze komórek organizacyjnych NZOZ, nie podjęto działalności w tych zakresach. Mając nadzieję na uzyskanie kontraktu w najbliższym czasie nie składano wniosku o aktualizacji wpisów”.

W trakcie trwania kontroli, w rejestrze odnotowano informację o zakończeniu działalności przez 10 komórek organizacyjnych NZOZ z datą 18 listopada 2013 r.

(dowód: akta kontroli str.5-47, 48-61, 432-434)

2. W statucie NZOZ Medicar:

- wykazano komórkę „Poradnia ginekologiczno – położnicza”, jako istniejącą w filii NZOZ w Ligowie, podczas gdy wg rejestru wojewody poradnia ta zakończyła działalność 20 listopada 2012 r.;
- jako podstawę działania Medicar, wskazano ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r., podczas gdy od 1 lipca 2011 r. obowiązuje ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że „Brak zmiany do aktualnej podstawy działania NZOZ wynika z przeoczenia”.

Z dniem 17 grudnia 2013 r. dostosowano treść statutu do aktualnie obowiązujących przepisów prawa i prowadzonej działalności NZOZ Medicar.

(dowód: akta kontroli str. 462-463)

3. Regulamin organizacyjny nie odzwierciedlał aktualnej struktury podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym .

- z wymienionych w regulaminie 16 komórek organizacyjnych NZOZ w Sierpcu w 10 poradniach nie realizowano świadczeń zdrowotnych (62,5%)¹⁶;
- nie wykazano komórki „Punkt pobrań materiałów do badań” w przychodni w Sierpcu, ul. Grota Roweckiego 2a, podczas gdy komórkę wykazano w statucie Medicar i realizowano w niej świadczenia medyczne;

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

¹⁵ Art. 107 ust 1 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁶ W tym m.in. poradnie: alergologiczna, gastroenterologiczna, kardiologiczna, dermatologiczna, neurologiczna, reumatologiczna, neonatologiczna, otolaryngologiczna.

- w filiach NZOZ w Ligowie i Mochowie nie zamieszczono informacji o przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jednostek i komórek organizacyjnych. Informacje w regulaminie organizacyjnym odnosiły się tylko do przychodni lekarskiej w Sierpcu ul. Grota Roweckiego 2a.

4. W informacjach podawanych do wiadomości świadczeniobiorcom na tablicach ogłoszeń, przy gabinetach przyjęć oraz na stronach internetowych NZOZ Medicar, istniały rozbieżności dotyczące godzin przyjęć lekarzy poz i aos¹⁷.

5. W filii NZOZ w Ligowie, brak było dostępnych dla świadczeniobiorców informacji o zasadach zapisu na wizyty ambulatoryjne i domowe, o trybie składania skarg i wniosków oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenia, co nie spełniało wymagań opisanych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów.¹⁸

Przed zakończeniem kontroli uzupełniono brakujące informacje dotyczące udzielania świadczeń we wszystkich jednostkach NZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 49, 53-54, 63-64)

Ocena cząstkowa

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

2. Współpraca i współdziałanie lekarzy poz i aos z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego oraz z jednostkami samorządu terytorialnego

Organizację i zasady współdziałania komórek organizacyjnych NZOZ Medicar określono w działach VII i VIII regulaminu organizacyjnego. Zadania komórek organizacyjnych Medicar uwzględniały współdziałanie lekarza poz z pielęgniarką poz i położną poz w zakresie wykonywania umowy z NFZ¹⁹. Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że „Lekarz AOS przekazuje 1 raz w roku lub na każde żądanie lekarza poz informacje o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, sposobach leczenia i zalecanych badaniach diagnostycznych w formie pisemnej – Informacja dla lekarza poz”.

W sprawie prowadzenia edukacji zdrowotnej świadczeniobiorców - dyrektor Medicar stwierdził: „Edukacja zdrowotna pacjentów prowadzona najczęściej w postaci ustnie przekazywanych informacji (zwykle w trakcie wizyt lekarskich, wizyt patronażowych lekarzy, pielęgniarek i położnej), poprzez przekazywanie materiałów informacyjnych (ulotki, broszury, strony internetowe)”.

Przeprowadzona przez PPIS ocena interwencji programowej „Wybierz życie – Pierwszy krok”, przewidzianej dla pacjentek w terenie i przychodni, realizowanej z udziałem lekarzy, pielęgniarek i położnych NZOZ, stwierdzała, że program jest spójny z proponowanym programem NFZ. Jako wynik programu wskazano m.in. „Wzrosła świadomość wśród pacjentek. Kobiety częściej wykonują badania cytologiczne”.

(dowód: akta kontroli str. 62-74, 420-425, 432-434, 471-483)

Wójt Gminy Mochowo wyjaśniła: „Gmina samodzielnie nie realizuje programów zdrowotnych dla społeczności lokalnej. W przypadku składania rocznego

¹⁷ Na 27 zbadanych przypadków dotyczących aos, w 21 z nich (77,8%), a w poz na 28 zbadanych przypadków w 21 z nich (75,0%) - informacje przedstawiane na tablicy ogłoszeń w holu przychodni, na drzwiach gabinetów przyjęć, na stronach internetowych Medicar nie były zgodne ze stanem faktycznym lub w ogóle nie były umieszczone.

¹⁸ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

¹⁹ M.in. zapisano: - w poradni lekarza poz - współpraca z innymi lekarzami poz oraz lekarzami specjalistami w zakresie konsultacji i leczenia pacjentów wymagających szczególnego postępowania leczniczego.

sprawozdania do starostwa z realizacji programów zdrowotnych, Gmina opiera się na informacjach NZOZ Medicar i NZOZ ASMED o realizowanych przez te jednostki programach. Programy profilaktyczne raka piersi na terenie Gminy wykonywane są przez NZOZ Mammo-MED z Gdańska oraz „SALVE MEDICA” z Łodzi. (...) Poza informacjami w ramach rocznego sprawozdania do starostwa innych informacji Medicar nie przedkłada”.

W ocenie dyrektora Medicar: „NZOZ nie jest zobowiązany do przekazywania informacji o stanie zdrowia organom lokalnej administracji samorządowej, a ponadto żadne organy administracji samorządowej nie żądają informacji o stanie zdrowia społeczności (...). NZOZ jest zainteresowany w przeprowadzaniu badań profilaktycznych populacji z naszego terenu lecz z powodu braku środków, współpraca z jst jest ograniczona.”

(dowód: akta kontroli str. 521-522, 470)

Działające na terenie Gminy NZOZ-y współpracują z GOPS w zakresie kierowania osób np. do ZOL, DPS, DOL i ustalenia stopnia niepełnosprawności. Wójt Gminy Mochowo współpracę z NZOZ Medicar w powyższym zakresie oceniła jako poprawną.

(dowód: akta kontroli str. 432-434, 569-570)

Ocena częściowa

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

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W okresie kontrolowanym Medicar nie posiadał specjalistycznego oprogramowania komputerowego do prowadzenia dokumentacji medycznej. Jedynie poradnia okulistyczna prowadziła dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Dyrektor Medicar wyjaśnił: „Aktualnie trwają prace wdrożeniowe, zainstalowano system prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej. Przewidywany końcowy koszt wdrożenia szacuje się na ok. 70 tys. zł.”²⁰

(dowód: akta kontroli str. 432-434)

3.1. Zbiorcza dokumentacja medyczna.

Księgi przyjęć poradni lekarza poz w filii NZOZ w Ligowie oraz poradni urologicznej w Sierpcu prowadzone były w formie papierowej. Badanie wpisów w styczniu i czerwcu 2013 r., łącznie 1 029 pozycji, wykazało, że zawierały czytelne oznaczenia daty zgłoszenia się pacjenta, jego dane identyfikujące, imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia, rodzaj świadczenia.

Księgi przechowywane są w szafach usytuowanych w rejestracjach, zamykanych na zamek mechaniczny „Yale”.

W księdze przyjęć poradni okulistycznej NZOZ w Sierpcu, prowadzonej w formie elektronicznej, w sprawdzonych 220 pozycjach (za styczeń i czerwiec 2013 r.), wpisy zawierały wszystkie wymagane dane²¹. Miejsce przechowywania księgi jest gabinet poradni (komputer+dyski), zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych przez login i hasło dostępu do systemu komputerowego.

(dowód: akta kontroli str. 432, 444, 457, 485, 500-503)

²⁰ Od 1 stycznia 2014 r., w zakresie poz we wszystkich jednostkach NZOZ wdrożono komputerowy system dr ERYK (f-ma Erycpol). System umożliwia prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i dokonywanie rozliczeń z NFZ. W poradni okulistycznej stosowany jest odrębny system (KS SOMED f-my KAMSOFIT).

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247 poz. 1819 ze zm.), uchylone z dniem 1 stycznia 2011 r., zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177).

3.2. Indywidualna dokumentacja medyczna – historia zdrowia i choroby.

Badanie indywidualnych historii zdrowia i choroby świadczeniobiorców poz oraz aos dokonano na wybranej próbie kart.²²

Oględzinom dokumentacji poz w filii NZOZ w Ligowie poddano 20 kart historii zdrowia i choroby (w tym 14 kobiet i 6 mężczyzn), prowadzonych przez trzech lekarzy poz. W 20 kartach odnotowano wywiad dotyczący chorób poważnych i przewlekłych, w 6 o pobytach w szpitalu (30%), w 5 o przebytych zabiegach chirurgicznych (25%), w 17 kartach zamieszczono informacje o szczepieniach, stosowanych surowicach i występowaniu uczuleń (85%), w 17 kartach podano informacje o dotyczące obciążeń dziedzicznych. Badanie per rectum opisano w 2 kartach (10%). Instruktaż samobadania piersi i badanie gruczołu piersiowego odnotowano w 12 z 14 kart kobiet, a informacje o wykonanym badaniu cytologicznym w 5 kartach kobiet.

W zbadanej dokumentacji odnotowano łącznie 276 wizyt, w tym 50 (18%) dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków. W przypadku 190 wizyt odnotowano pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Wszystkie wpisy, dotyczące wizyt w czerwcu 2013 r., zawierały opisy badania podmiotowego i przedmiotowego, informacje o zleconych lekach i badaniach, rozpoznanie oraz datę i podpis lekarza.

(dowód: akta kontroli str.415-416)

Indywidualną dokumentację medyczną świadczeniobiorców poradni okulistycznej prowadzono w formie elektronicznej.

Zbadano 20 kart historii zdrowia i choroby, w tym 12 dotyczyło kobiet i 8 mężczyzn. Świadczeń udzielał jeden lekarz okulista.

W dwóch kartach odnotowano wywiad o poważnych chorobach, w sześciu o chorobach przewlekłych, w jednej karcie informacje o leczeniu szpitalnym.

W przypadku wizyt w czerwcu 2013 r., we wszystkich kartach opisano badanie podmiotowe i przedmiotowe, w tym badanie ostrości wzroku i ciśnienia śródgałkowego (u osób po 40 roku życia); informacje o zleconych badaniach, konsultacjach, zabiegach, zleconych lekach; a także rozpoznanie choroby (kod ICD-10), datę i podpis lekarza dokonującego wpisu.

Informację o wydaniu dokumentacji medycznej zewnętrznej, dla lekarza kierującego lub poz, odnotowano w pięciu kartach (25%). Okulary przepisano 12 osobom (71%).

Łącznie zbadano opis 41 wizyt, w tym dwie dotyczyły wyłącznie powtórzenia leków (u tego samego świadczeniobiorcy), a 12 pierwszorazowych wizyt (29%) łączyło się z przepisaniem okularów.

(dowód: akta kontroli str.488-489)

W poradni urologicznej oględzinom indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców poddano 17 kart wszystkich pacjentów przyjętych w czerwcu 2013 r., w tym trzech kobiet i 14 mężczyzn. W przypadku sześciu osób była to pierwsza wizyta. Świadczeń udzielał jeden lekarz urolog.

We wszystkich kartach zawarto informacje o przebytych poważnych chorobach, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych i o lekarzu poz, w pięciu o chorobach przewlekłych (29%), w czterech o obciążeniach dziedzicznych (24%).

²² W poz wybrano karty 5% świadczeniobiorców w wieku 35-65 lat, którzy deklaracje wyboru lekarza złożyli przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń w czerwcu 2013 r.; w aos 5 % kart pacjentów przyjętych w czerwcu 2013 r.

Wszystkie 39 wizyt w czerwcu 2013 r. zawierało opis badania podmiotowego i przedmiotowego, informacje o: zleconych badaniach, konsultacjach, zabiegach; opisy wyników badań diagnostycznych, o zleconych lekach; rozpoznanie choroby (kod ICD-10), datę i podpis lekarza, a także wpis o lekarzu poz. Informacje o wydaniu zewnętrznej dokumentacji, dla lekarza kierującego lub poz, stwierdzono we wszystkich kartach.

(dowód: akta kontroli str.456-461, 571)

3.3. Dostępność świadczeń poz i badań diagnostycznych.

W regulaminie organizacyjnym określono m.in. dni i godziny pracy przychodni, zasady rejestracji oraz udzielania świadczeń medycznych²³. Do lekarza rodzinnego zapisy pacjentów przyjmowane są telefonicznie i osobiście. Pacjenci mają wyznaczoną godzinę wizyty i przyjmowani są na bieżąco.

W przypadku konieczności wykonania uzupełniającego badania diagnostycznego, konsultacji specjalistycznej lub zabiegu, w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, świadczenia te realizowane są niezwłocznie. Dostępność badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej w zakresie poz zapewniono zawierając umowy z podwykonawcami.

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że „Ilość badań diagnostycznych (...) nie są w żadnym zakresie oceniane i limitowane przez kierownika zakładu. Wyłącznie lekarz prowadzący decyduje o zasadności wykonania badania diagnostycznego wypisując stosowne skierowanie. Kierownik zakładu nie dokonuje oceny zasadności skierowań na badania”.

(dowód: akta kontroli str. 62-74, 435)

NZOZ zawarł pięć umów z podmiotami leczniczymi publicznymi i niepublicznymi o wykonywanie badań laboratoryjnych, bakteriologicznych, endoskopowych, radiologicznych, mammografii, densytometrii, tomografii komputerowej, USG, KTG, a także badań kolposkopowych i zabiegów krioterapii oraz elektrokoagulacji; biopsji cienkoigłowych.

(dowód: akta kontroli str. 315-317, 334-335)

Dyrektor wyjaśnił, że „Koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztownych, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ponosi NZOZ Medica”

(dowód: akta kontroli str. 69, 236-238, 248-249, 315-336, 435)

3.4. Dostępność świadczeń aos i prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Do lekarza specjalisty można zapisać się telefonicznie, osobiście lub za pośrednictwem innych osób, każdego dnia pracy NZOZ. Informacje o trybie (zasadach) wpisywania na listę oczekujących podane są do publicznej wiadomości w formie ogłoszenia na tablicy oraz na stronie internetowej Medica. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie list oczekujących jest rejestratorka. Zgłaszana osoba kwalifikowana jest do kategorii medycznej: przypadek pilny lub przypadek stabilny, co jest odnotowywane w dokumentacji ustalania kolejności udzielenia świadczeń. Rejestratorka wpisuje w „zeszyt pacjentów pierwszorazowych” datę zapisania się na wizytę oraz datę planowanej wizyty. Takie dane pacjentów pierwszorazowych wpisywane są do właściwego programu komputerowego i raz w miesiącu przekazywane do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 490)

²³ Przychodnia lekarska w Sierpcu ul. Grota Roweckiego 2a zapewnia świadczenia medyczne od poniedziałku do piątku, od godz. 8:00 do 18:00. W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Raporty kolejek oczekujących z poradni urologicznej za kwiecień, maj oraz czerwiec 2013 r. wykazywały w ww. okresie, dla przypadków stabilnych: liczbę oczekujących odpowiednio 13, 10 i 8 osób, średni czas oczekiwania odpowiednio 65, 61 oraz 61 dni, a z powodu udzielenia świadczenia skreślono z listy oczekujących 18, 4 oraz 3 osoby. Dla przypadków pilnych nie było oczekujących, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 10 dni.

Odnosząc się do średniego czasu oczekiwania na wizytę w poradni urologicznej, dla przypadków stabilnych i pilnych, dyrektor Medicar stwierdził: „Świadczeniodawca zawarł z NFZ kontrakt na świadczenia w poradni urologicznej w ilości około 240 pkt. miesięcznie. Potrzeby na udzielenie porad w zakresie poradni urologicznej są większe, stąd dłuższy czas oczekiwania. (...) Raport kolejek do NFZ tworzony jest komputerowo. Do programu KSPPS (...) wpisywane są dane pacjentów tzw. pierwszorazowych. Poradnia urologiczna (...) ma charakter konsultacyjny. Pacjenci tzw. pilni np. z bólem zgłaszają się rzadko. W rozpatrywanych miesiącach do poradni urologicznej nie było zgłoszeń pacjentów tzw. pilnych. Posiadany program komputerowy utworzył raport zgodnie z wymogami NFZ (...) przesłany na portal SZOI do NFZ i został zaakceptowany. Świadczeniodawca nie potrafi wytłumaczyć dlaczego program komputerowy wyliczył i przekazał w raporcie średni rzeczywisty czas oczekiwania dla pacjentów tzw. pilnych 10 dni. Być może wynika to z analizy przez komputer dłuższego okresu np. półrocznego”.

(dowód: akta kontroli str. 358-371, 571-572, 579-580)

W poradni okulistycznej, zarejestrowano na listach oczekujących w styczniu i czerwcu 2013 r. dla przypadków stabilnych odpowiednio liczbę osób oczekujących 64 i 62 osoby; średni rzeczywisty czas oczekiwania 6 i 12 dni, a liczba skreśleń z powodu wykonania świadczenia 78 i 76 osób. Przypadki pilne nie wystąpiły.

(dowód: akta kontroli str. 494-495)

W raportach list oczekujących do poradni okulistycznej, za styczeń i czerwiec 2013 r., udostępnionych przez MOW NFZ, we wszystkich pozycjach odnotowano „0”.

(dowód: akta kontroli str. 580)

W sprawie okresowych ocen list oczekujących na świadczenie aos, o których mowa w art. 21 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych²⁴, dyrektor Medicar wyjaśnił m.in.: „W związku z tym, że poradnie w NZOZ Medicar mają charakter konsultacyjny, pacjenci przyjmowani są w kolejności zapisów do specjalistów. Lista kolejek przed przesłaniem raportu do NFZ na koniec miesiąca jest analizowana przez Dyrektora zakładu. Z analizy tej nie są tworzone dokumenty.”

(dowód: akta kontroli str. 571-572)

Ustalone
nieprawidłowości

1. Żadna pozycja wpisu w księgach przyjęć poradni lekarza poz w filii NZOZ w Ligowie oraz poradni urologicznej w Sierpcu, nie zawierała oznaczenia godziny zgłoszenia się pacjenta, pełnego oznaczenia lekarza udzielającego świadczeń oraz osoby dokonującej wpisu do księgi przyjęć, co było niezgodne z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

2. W 14 kartach świadczeniobiorców poz w filii NZOZ w Ligowie nie odnotowano informacji dotyczących leczenia szpitalnego lub o niekorzystaniu z takiego leczenia (70%), w 15 kartach nie odnotowano wpisów o przebytych zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takich zabiegów (75%), w 3 kartach nie zmieszczono informacji o: szczepieniach pacjenta, stosowanych surowicach, uczuleniach lub ich

²⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, po. 1027 ze zm.)

niewystępowaniu, obciążeniach dziedzicznych (15%). W żadnej karcie nie odnotowano pomiaru masy ciała pacjenta, wzrostu lub wskaźnika BMI.

W 4 kartach kobiet (z 16) nie odnotowano informacji o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktarzu samobadania piersi (25%), a w 15 kartach nie podano informacji dotyczącej badań cytologicznych (69%).

Odnosząc się do wyników badań dokumentacji medycznej poz, dyrektor Medicar stwierdził: „Do lekarza poz rzadko przychodzą pacjenci z ciężkimi schorzeniami, z przewlekłymi lub po pobycie w szpitalu. Zwykle wizyty dotyczą infekcji, dróg oddechowych, żołądkowo-jelitowych lub kostno-stawowych. Stąd informacja o pobycie w szpitalu lub zabiegach chirurgicznych występuje rzadziej. W przypadku uczuleń, szczepień lub chorób dziedzicznych o ile nie występują nie jest to odnotowywane. Badania per rectum wykonywane i odnotowywane są tylko w przypadku zgłoszenia dolegliwości związanych z przewodem pokarmowym, stąd nieznaczna liczba wpisów. W innych zagadnieniach medycznych zmniejszona liczba wpisów wynika z wykonywania badań tylko na części populacji”.

(dowód: akta kontroli str. 469-470)

W żadnej karcie pacjentów poradni okulistycznej nie odnotowano informacji o szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach i obciążeniach dziedzicznych lub niewystępowaniu takich faktów i zdarzeń oraz o lekarzu poz.

Komentując wyniki badań kart świadczeniobiorców poradni okulistycznej, dyrektor Medicar stwierdził: „90% świadczeniobiorców zgłasza się do poradni okulistycznej w sprawie pogorszenia się jakości widzenia. Wśród analizowanych kart 60% dotyczyło potrzeby dobrania okularów dla poprawy widzenia, stąd informacje dotyczące przebytych poważnych chorób, chorób przewlekłych, pobytu w szpitalu zdarzają się nieczęsto. W pozycjach ankiety, w których nie stwierdzono odnotowania w karcie świadczeniobiorcy, oznacza że dana pozycja nie wystąpiła lub nie była istotna dla porady okulistycznej. Odnosnie informacji dla lekarza kierującego lub lekarza poz, należy zauważyć, że do poradni okulistycznej nie wymagane jest skierowanie, stąd informacje powyższe udostępniane są tylko w sytuacji jeśli strona kierująca wyraźnie wskazuje na konieczność przekazania takiej informacji (np. w przypadku skierowania przez diabetologa). Nie występuje zbyt często konieczność powtarzania leków.”

W 12 kartach historii zdrowia i choroby poradni urologicznej nie odnotowano informacji o chorobach przewlekłych, a w 13 kartach o obciążeniach dziedzicznych, lub ich niewystępowaniu.

W żadnej karcie nie odnotowano informacji: o szczepieniach, stwierdzonych uczuleniach lub ich niewystępowaniu.

Odnosząc się do wyników badania indywidualnych kart historii zdrowia i choroby poradni urologicznej, dyrektor NZOZ wyjaśnił: „Do poradni urologicznej zgłaszają się głównie świadczeniobiorcy pierwszorazowi. Lekarz urolog skupia uwagę na dolegliwościach, z którymi pacjent się zgłasza, nie analizując wszystkich schorzeń pacjenta (np. o uczuleniach, szczepieniach). W przypadku istotnych obciążeń dziedzicznych jest to odnotowywane w dokumentacji. Lekarz urolog zwykle koncentruje się na diagnozowaniu schorzenia i wydaniu zaleceń, natomiast powtarzanie leków zleca lekarzowi poz.”

(dowód: akta kontroli str. 571)

3. Raporty o listach oczekujących do poradni specjalistycznych NZOZ, przekazywane do MOW NFZ, zawierały nieprawdziwe dane dotyczące poradni okulistycznej. Wysyłany bezpośrednio do NFZ przez poradnię okulistyczną poprawny raport

w terminie wcześniejszym niż raport zbiorczy NZOZ, nie mógł być pozytywnie zweryfikowany przez MOW NFZ²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 456-461, 484-486, 490-491)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości ocenia działalność kontrolowanej placówki w zbadanym obszarze.

4. Realizacja umów zawartych z NFZ.

Opis stanu faktycznego

4.1. Umowy o świadczenia poz i aos.

W 2012 r. i pierwszej połowie 2013 r. NZOZ realizował umowy o świadczenia zdrowotne w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (cztery zakresy świadczeń²⁶) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (siedem zakresów świadczeń²⁷), zawarte w 2011 r. na okresy trzyletnie. Umowy te były zmieniane, o świadczenia poz sześciokrotnie, a o świadczenia aos pięciokrotnie.

W kontrolowanym okresie stawki kapitacyjne oraz stawki za porady w ramach zakresów świadczeń poz nie były zmieniane.

(dowód: akta kontroli str. 75, 116, 125, 127, 159, 173, 190, 205-206)

Wartość umowy o świadczenia aos w 2012 r. (po zmianach) wynosiła 604 112 zł i była wyższa od wartości pierwotnej o 2,1%, zaś w 2013 r. wynosiła 607 692 zł.²⁸

(dowód: akta kontroli str. 259-266, 286-289, 291-296)

4.2. Udzielone świadczenia

W poz, liczba deklaracji wyboru lekarza wynosiła od 7 795 w styczniu 2012 r. do 7 606 w czerwcu 2013 r. Średnio miesięcznie ze świadczeń lekarza korzystało 2.294 osób, którym udzielono średnio 3.108 świadczeń miesięcznie. Grupa uprawnionych, czynnie korzystających ze świadczeń stanowiła ok. 30% osób, które złożyły deklaracje wyboru lekarza poz.

Aktywnych deklaracji wyboru pielęgniarki poz w NZOZ w styczniu 2012 r. było 7 764, zaś w czerwcu 2013 r. 7 572. Natomiast deklaracji wyboru położnej poz w styczniu 2012 r. było 4 219, a w czerwcu 2013 r. 4 115.

(dowód: akta kontroli str. 307-314, 568, 573)

4.3. Przychody z realizacji umów z NFZ.

Wartość przychodów z realizacji umowy o świadczenia poz w 2012 r. wyniosła 1 487,4 tys. zł (miesięcznie średnio 124,0 tys. zł), a w I połowie 2013 r. 718,3 tys. zł (miesięcznie średnio 119,7 tys. zł).

Wartość przychodów z realizacji umowy o świadczenia aos w roku 2012 wyniosła 593,3 tys. zł (miesięcznie średnio 49,4 tys. zł), a w I połowie 2013 r. 291,3 tys. zł (miesięcznie średnio 48,5 tys. zł).

Świadczenia aos za rok 2012 rozliczono aneksem z 21 lutego 2013 r., w tym: w zakresie okulistyki – 20 971 jednostek rozliczeniowych na kwotę: 199 225,5 zł, w zakresie urologii – 2 930 jednostek rozliczeniowych na kwotę 28 128,0 zł:

(dowód: akta kontroli str. 116-189, 288, 296, 573, 576-577, 581-584)

²⁵ MOW NFZ nie warunkuje świadczeniodawcom przesyłania raportów w formie zbiorczej (wszystkie komórki organizacyjne świadczeniodawcy) lub przez poszczególne komórki. Wiążącą informacją dla MOW NFZ jest ostatni przesłany raport pozytywnie zweryfikowany przez system MOW NFZ.

²⁶ Świadczenia: lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, oraz pielęgniarki szkolnej.

²⁷ W zakresie: okulistyki, diabetologii, położnictwa i ginekologii, pobieranie materiału do badań cytologicznych (zakres skojarzony – realizowany przez położną), endokrynologii, preluksacji, urologii.

²⁸ I półrocze – 304 015 zł; II półrocze – 303 677 zł.

4.4. Koszty badań diagnostycznych zleconych podwykonawcom.

Łączne koszty realizacji zadań przez podwykonawców w poszczególnych półroczach okresu kontrolowanego wynosiły średnio 53,6 tys. zł (od 49,6 do 60,2 tys. zł) co stanowiło w tych okresach średnio 5,2 % całkowitych przychodów Medicar z tytułu realizacji umów z NFZ w rodzaju poz i aos.

(dowód: akta kontroli str. 385-397)

Zastępca dyrektora NZOZ wyjaśniła, że zakład nie rejestruje odrębnie kosztów świadczeń podwykonawców na rzecz poz i aos. „Podwykonawca wystawia jeden rachunek bez podziału na koszty poz lub aos. W świadczeniach lekarza poz ilość zleconych badań diagnostycznych nie ma wpływu na zapłatę przez NFZ, z wyjątkiem odrębnie kontraktowanych porad udzielanych w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób krążenia. W świadczeniach lekarzy aos zlecone badania diagnostyczne wpływają bezpośrednio na przypisanie pacjentów do określonej jgp, co jest wprost związane z zapłatą za zrealizowane świadczenia przez NFZ w tym zakresie.”

(dowód: akta kontroli str. 504)

4.5. Terminowość rozliczeń umów.

Przekazywanie informacji o liczbie deklaracji wyboru i świadczeń w okresie kontrolowanym następowało w terminach z zachowaniem wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów²⁹, z wyjątkiem 2 przypadków (6 i 11 dni po terminie) wynikających z konieczności złożenia korekty.

MOW NFZ nie nakładał na NZOZ, w badanym okresie, kar umownych w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umów.

(dowód: akta kontroli str. 585)

4.6. Nadzór ze strony uprawnionych podmiotów.

W badanym okresie Medicar nie był kontrolowany przez NFZ lub inne uprawnione podmioty. W książce kontroli NZOZ odnotowano trzy kontrole wykonywania szczepień ochronnych przeprowadzone przez PPIS³⁰. Po kontroli warunków sanitarno – higienicznych jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, przeprowadzonej 18 września 2012 r., nie wydano doraźnych zaleceń, uwag ani wniosków.

(dowód: akta kontroli str. 346-357)

Ocena cząstkowa

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

V. 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 Kontroli³¹, wnosi o:

1. Zapewnienie rzetelnego przekazywania do MOW NFZ danych o liczbie oczekujących na udzielanie świadczeń w rodzaju aos.

²⁹ § 17 i § 23 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów.

³⁰ Kontrole przeprowadzono 23 lutego 2012 r., 27 września 2012 r. oraz 21 lutego 2013 r.

³¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

2. Bieżące aktualizowanie wpisów w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego, w celu zachowania zgodności z rzeczywistym stanem organizacji NZOZ.
3. Zapewnienie świadczeniobiorcom, we wszystkich jednostkach organizacyjnych NZOZ, pełnych i aktualnych informacji o dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
4. Podjęcie działań na rzecz zapewnienia rzetelnego prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców, odzwierciedlającego wszystkie podejmowane działania diagnostyczne, profilaktyczne i edukacyjne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

*Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń*

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

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

*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 14 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.

Warszawa

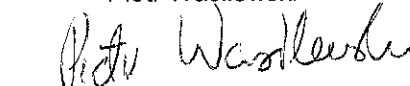
, dnia *24 marca 2014*

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler
Jan Mosiej
Doradca ekonomiczny


podpis

Dyrektor
Piotr Wasilewski


podpis

