



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4110-04-02/2013

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.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Dorota Paszkiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87379 z dnia 05.11.2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Spółka z o.o., ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa (zw. dalej Centrum)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Ewa Trzepla, Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 3-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki związaną z realizacją umów o udzielanie świadczeń w rodzaju „podstawowa opieka zdrowotna” (POZ) i „ambulatoryjna opieka specjalistyczna” (AOS) w zakresie okulistyki oraz kardiologii, finansowanych ze środków publicznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że:

- zasoby będące w dyspozycji Centrum, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (personel oraz sprzęt medyczny), były zgodne z ofertami Centrum na lata 2012-2013 oraz umowami zawartymi z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ);
- raporty statystyczne, dotyczące udzielonych świadczeń w ramach POZ oraz AOS w zakresie kardiologii oraz okulistyki, przekazywane były do NFZ terminowo, za pomocą systemu informatycznego SZOI²;
- dane gromadzone przez Centrum na listach oczekujących na udzielenie świadczenia AOS, jak też sposób prowadzenia list, były zgodne z art. 20 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³;
- podjęto szereg przedsięwzięć w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości nie miały negatywnego wpływu na osiągnięcie zakładanych umowami celów i polegały na tym, że:

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 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 publicznych (j.t. Dz. U z 2013 r., poz. 1447).

³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz.1027 ze zm., zwana dalej również: „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

- nie zgłoszono do MOW NFZ zmian do umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie okulistyki, dotyczących harmonogramu pracy personelu udzielającego świadczeń;
- dokumentacja medyczna prowadzona w związku z udzielaniem przez Centrum świadczeń w badanym zakresie, nie zawierała niektórych danych, określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴;
- stwierdzono przypadki opóźnień w przekazywaniu do MOW NFZ informacji dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczenia⁵;
- nie zapewniono pacjentom, z dniem 1 stycznia 2013 r., możliwości umawiania się na wizyty⁶ drogą elektroniczną.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja udzielania świadczeń z zakresu POZ i AOS

1.1. Forma prawna świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

Podmiot wykonujący działalność leczniczą - „Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.”, jest spółką Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z siedzibą w Warszawie, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS pod nr 0000162232 oraz wpisaną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000008004.

(dowód: akta kontroli str. 4-26, 73)

Celem działania Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu, poprawie zdrowia ludności oraz promocja zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 74)

1.2. Zakres udzielanych świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Centrum udzielało osobom ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a osobom nieubezpieczonym za odpłatnością.

Centrum, w ramach umów podpisanych z MOW NFZ w latach 2012-2013, świadczyło usługi, finansowane ze środków publicznych, w następującym zakresie:

- świadczenia zdrowotne, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej;
- świadczenia zdrowotne, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: gastroscopia, badania rezonansu magnetycznego, pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego; świadczenia w zakresie endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, neurologii, reumatologii, położnictwa i ginekologii, okulistyki, urologii.

⁴ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

⁵ Zgodnie z § 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 publicznych, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazywania danych dotyczących prowadzenia list oczekujących nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca, którego dotyczy informacja.

⁶ Stosownie do art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str.146-155)

W Centrum realizowano zadania z zakresu profilaktyki i edukacji prozdrowotnej, których obowiązek prowadzenia wynika z przepisów art. 27 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁷, poprzez edukację zdrowotną pacjenta oraz systematyczną i okresową ocenę stanu jego zdrowia.⁸

(dowód: akta kontroli str.260-261)

Centrum organizowało również akcje profilaktyczne, o których informowano pacjentów poprzez plakaty, ulotki, prowadzenie indywidualnych rozmów z pacjentami, zachęcającymi do wzięcia udziału w organizowanych akcjach. (m.in. Światowy Dzień Spirometrii, akcja - promując naukę i zdrowie, piknik rodzinny „Zdrowo i sportowo”, akcja profilaktyczna osteoporozy, walki z bólem, diabetologiczna).

(dowód: akta kontroli str.224-232, 261)

1.3. Regulamin organizacyjny

Opis stanu faktycznego

Centrum legitymuje się certyfikatem jakości ISO 9001:2008, wydanym 1 stycznia 2007 r. w zakresie: podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii, kompetencji pielęgniarki szkolnej, usług komercyjnych oraz abonamentowych dla osób indywidualnych oraz firm, medycyny pracy, badań kierowców i programów profilaktycznych.

(dowód: akta kontroli str.26)

Centrum posiada aktualny regulamin organizacyjny, w którym opisano zasady udzielania świadczeń i dostęp do badań diagnostycznych; informacje powyższe podano do wiadomości świadczeniobiorców, poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej na terenie rejestracji.

Zgodnie z regulaminem, w Centrum udzielane są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, obejmujące świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zasady oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych opisano w § 14-16 regulaminu.

(dowód: akta kontroli str.73-99)

1.4 Zgodność godzin przyjęć poradni z harmonogramem umowy z NFZ

Opis stanu faktycznego

Godziny przyjęć Poradni Centrum, w zakresie objętym kontrolą, były zgodne z godzinami pracy wskazanymi w harmonogramach zawartych w umowach podpisanych z MOW NFZ na lata 2012 i 2013, na poszczególne rodzaje świadczeń (POZ i AOS).

(dowód: akta kontroli str.183)

⁷ Dz. U. z 2005 r., nr 214, poz.1816

⁸ Prezes Centrum, wyjaśniła, że „zasadniczą część działań z zakresu profilaktyki i edukacji prozdrowotnej lekarze POZ prowadzą w trakcie wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim- rozpoczyna się ona od badania lekarskiego i wywiadu, gdzie jest określony aktualny stan pacjenta: waga, wzrost, BMI, stwierdzone choroby: przebyte, ostre, przewlekłe urazy, wypadki, pobyty w szpitalu, a także obciążenia chorobami w rodzinie. Lekarz pyta o styl życia pacjenta, nawyki żywieniowe, formy odpoczynku, sport, rodzaj wykonywanej pracy. Profilaktyki i edukacji lekarze dopełniają poprzez badanie przedmiotowe, wydanie skierowania na konieczne badania diagnostyczne i kontynuowanie leczenia oraz poinformowanie pacjenta o stwierdzonych na tym etapie zagrożeniach dla zdrowia i odchyleniach w badaniu fizykalnym. Pacjent dostaje również instrukcję dotyczącą regularnego przyjmowania leków. Lekarze zalecają regularną opiekę stomatologiczną, kobietom zalecają wizyty ginekologiczne, a pacjentkom leczonym na HZT do bezwzględnej opieki ginekologicznej i badań cytologicznych oraz badania obrazowego sutka; mężczyznom po 50 - roku życia – do wykonania PSA. Wszelkie informacje dotyczące profilaktyki, wywiadu oraz edukacji, lekarze odnotowują w karcie pacjenta-historii choroby. Ponadto lekarze POZ kierują pacjentów na leczenie uzdrowiskowe dla utrwalenia wyników dotychczasowego leczenia, szpitalnego czy ambulatoryjnego, np. po ostrych zespołach wieńcowych.”

1.5 Zasoby Centrum niezbędne do realizacji umowy z NFZ

Opis stanu
faktycznego

1.5.1. Warunki lokalowe, sanitarne i techniczne

Warunki lokalowe realizacji świadczeń POZ oraz AOS w zakresie okulistyki kardiologii w Centrum, były zgodne z wymogami określonymi odpowiednio: załączniku nr 1 cz. V do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁹ oraz w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁰.

Pomieszczenia, w których udzielane były wspomniane świadczenia, oznakowane były zgodnie z § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.¹¹

Centrum spełniało wymagania dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, niezbędny do wykonywania powyższych świadczeń. Aparatura medyczna posiadała paszporty techniczne z aktualnymi wpisami, potwierdzającymi jej sprawność.

Ponadto w Centrum zabezpieczono dostęp osobom niepełnosprawnym do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 160-173)

1.5.2. Personel udzielający świadczeń POZ i AOS

Personel medyczny oraz jego kwalifikacje zawodowe zgodne były z wymogami zawartymi w załączniku nr 1 cz. V do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

1) POZ

W Centrum, na podstawie umów zawartych z NFZ w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, świadczeń udzielało odpowiednio:

- wg stanu na 30 czerwca 2012 r.- łącznie 16 lekarzy, z których trzech (18,7%) posiadało specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej (łącznie 3 etaty), pięciu (31,2%) - w zakresie chorób wewnętrznych (łącznie 3,3 etatu)¹², dwóch (12,5%) - w zakresie pediatrii (łącznie 0,48 etatu)¹³, jeden (6,2%) - w zakresie innym niż wymienione powyżej posiadający co najmniej 6-letni staż w POZ (1 etat) oraz pięciu (31,2%) lekarzy nie spełniających powyższych kryteriów (łącznie 1,8 etatu)¹⁴;
- wg stanu na 30 czerwca 2013 r.- łącznie 14 lekarzy, z których trzech (21,4%) posiadało specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej (łącznie 3 etaty), czterech (28,6%) - w zakresie chorób wewnętrznych (łącznie 2,3 etatu)¹⁵, jeden (7,1%) - w zakresie pediatrii (0,4 etatu)¹⁶, jeden (7,1%) - w zakresie innym niż wymienione powyżej oraz posiadający co najmniej 6-letni staż w POZ (0,4 etatu) oraz pięciu (35,8%) lekarzy nie spełniających powyższych kryteriów (3,0 etaty)¹⁷.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413.

¹¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

¹² W tym umowy cywilnoprawne - 6,2 h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,84 etatu

¹³ W tym umowy cywilnoprawne-3,5 h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,48 etatu

¹⁴ W tym umowy cywilnoprawne lub staż-13 h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 1,77 etatu

¹⁵ W tym umowy cywilnoprawne 6,2 h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,84 etatu;

¹⁶ Umowa cywilnoprawna- 3h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35h)- łącznie 0,4 etatu.

¹⁷ W tym staż- 4h/dziennie, w przeliczeniu na etat (7,35h), łącznie 0,54 etatu

W latach 2012-2013 w Centrum świadczeń POZ udzielało 13 lekarzy, którzy wskazywani byli w deklaracjach wyboru lekarza POZ składanych przez świadczeniobiorców. Liczba deklaracji złożona przez świadczeniobiorców w stosunku do każdego z w/w lekarzy nie przekraczała 2750, zgodnie z postanowieniami § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.¹⁸ Spośród 13 lekarzy, w przypadku jednego lekarza (zarówno w roku 2012, jak i 2013), liczba deklaracji przekraczała 2500.

(dowód: akta kontroli str. 180-182)

Łącznie, w styczniu 2012 r., w Centrum złożonych było 13.996 aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ, natomiast w czerwcu tego roku -13.888.

W styczniu 2013 r. w Centrum złożonych było łącznie 13.582 aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ, natomiast w czerwcu tego roku -13.449.

Najliczniejszą grupą świadczeniobiorców, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ, była w tym okresie grupa osób w wieku 22-36 lat, najmniej liczną - grupa osób w przedziale 7-21 lat.

(dowód: akta kontroli str.184)

2) AOS

W latach 2012-2013 w Centrum, w ramach umów podpisanych z NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w zakresie okulistyki i kardiologii, świadczeń udzielało łącznie:

- w zakresie kardiologii - dwóch lekarzy, w łącznym wymiarze: w roku 2012 (wg stanu na 30 czerwca i 31 grudnia) 16 godzin/tygodniowo (0,44 etatu¹⁹), wg stanu na 30 czerwca 2013 r. 12 godzin/tygodniowo (0,33 etatu²⁰),

- w zakresie okulistyki - dwóch lekarzy, w wymiarze: w roku 2012 r., wg stanu na 30 czerwca jeden lekarz w wymiarze 0,5 etatu, wg stanu na 31 grudnia - 2 lekarzy w wymiarze łącznym 0,54 etatu²¹, wg stanu na 30 czerwca 2013 r.- jeden lekarz w wymiarze 0,5 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 174-179, 244)

1.6 Ubezpieczenie OC

W okresie objętym kontrolą, Centrum posiadało ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą²² oraz obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą dla Klienta Korporacyjnego²³.

Zakres zawartego ubezpieczenia spełniał wymogi określone w art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również wymagania zawarte w § 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zawartej z MOW NFZ na lata 2012 - 2013.

(dowód: akta kontroli str. 100-113)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie²⁴ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Ocena cząstkowa

¹⁸ Na podstawie danych ze stycznia i czerwca roku 2012 oraz 2013 r.

¹⁹ w tym umowy cywilnoprawne, w przeliczeniu na etat (7,35 h), łącznie 0,44 etatu

²⁰ w tym umowy cywilnoprawne, w przeliczeniu na etat (7,35 h), łącznie 0,33 etatu

²¹ w tym umowy cywilnoprawne, w przeliczeniu na etat (7,35h), łącznie 0,1 etatu

²² Polisa Nr 1WA 2F36 0002 z dnia 14.12.2011 r., polisa nr 1WA 2F36 0001 z dnia 1.05.2011 r., polisa nr 1WA2F360002 Z 14.12.2011 R., polisa Nr 2WA 2F36 0001 z 6 marca 2012 r., polisa Nr 3WA 2F36 0002 z 28 lutego 2013 r;

²³ Polisa nr 2WA 2F36 0002 z 06.03.2012 r., polisa nr WA 2F36 0001 z 28.02.2013 r.;

²⁴ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

2. Współpraca i współdziałanie lekarzy POZ i AOS z innymi elementami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego oraz jednostkami samorządu terytorialnego

Opis stanu faktycznego

Lekarze POZ zatrudnieni w Centrum współpracują z pielęgniarką i położną POZ w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Lekarz, jako osoba koordynująca postępowanie, wydaje zlecenia na realizowanie świadczeń przez pielęgniarkę i położną. Ponadto planują i realizują one kompleksową opiekę w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych i położniczych, świadczeń diagnostycznych, świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych, w oparciu o indywidualne zalecenia lekarza POZ.

Prezes Zarządu podała w wyjaśnieniach, że lekarze udzielający świadczeń POZ przekazują informacje o stanie zdrowia społeczności odpowiednim organom administracji; sporządzając listy przyjętych pacjentów z określonym rozpoznaniem wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-10, informację taką otrzymuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Centrum przekazuje również informacje do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wypełniając zgłoszenie o rozpoznaniu lub podejrzeniu choroby zakaźnej, wg odpowiedniego rozporządzenia i wykazu chorób zakaźnych²⁵.

(dowód: akta kontroli str.261-262)

Lekarze udzielający w Centrum świadczeń w zakresie AOS przekazują lekarzowi kierującemu informacje (w formie pisemnej), na temat stanu zdrowia przedmiotowego i podmiotowego pacjenta, interpretację badań dodatkowych, rozpoznania i zalecenia, które zostają dołączone do karty. Oprócz tego lekarz może przekazywać również inne pisemne informacje lub orzeczenia, w zależności od skierowań lub wskazań lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli str.288)

Ustalone nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie²⁶ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Prowadzenie, przetwarzanie i udostępnianie dokumentacji medycznej

3.1. Prowadzenie dokumentacji medycznej w POZ i AOS

3.1.1. W Centrum wykorzystywany jest program KS-Somed firmy Kamsoft, w którym przechowywane są dane osobowe pracowników i pacjentów, dane o ubezpieczeniu pacjentów, deklaracje POZ, rejestrowane i potwierdzane są wizyty i usługi (w tym dane o skierowaniach, wykonanych procedurach ICD-9 i kodach chorób ICD-10). System wykorzystywany jest również do generowania raportów dla NFZ

²⁵ Lekarze udzielający świadczeń POZ wystawiają pisemną prośbę do Ośrodka Pomocy Społecznej, skierowanie do ośrodka leczniczego lub opiekuńczo-pielęgnacyjnego, w przypadku stwierdzenia złego stanu zdrowia pacjenta, braku możliwości samoobsługi pacjenta, ograniczonej czy wręcz niemożliwej z powodu chorób somatycznych, psychicznych czy neurologicznych, jak również wiedzy o braku możliwości pomocy opiekuna. Ponadto lekarz na wizytach domowych u pacjenta pozostającego w domu, pod opieką Ośrodka, jest w stanie ocenić wydolność takiej opieki i wówczas kontaktuje się bezpośrednio z opiekunką lub jej przełożonymi, z prośbą o dodatkowe usługi lub ewentualnie umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej- na podst. wyjaśnień Pani Prezes.

²⁶ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

wczytywania raportów zwrotnych oraz wystawiania faktur dla NFZ. W w/w programie przechowywane są dane o wykonanych usługach od czerwca 2008 r.

(dowód: akta kontroli str.158)

3.1.2. Zbiorcza dokumentacja medyczna

W Centrum, w badanym okresie, w zakresie objętym kontrolą, prowadzono następującą zbiorczą dokumentację medyczną: księgę przyjęć POZ, księgę poradni kardiologicznej, księgę poradni okulistycznej, księgę pracowni EKG, księgę pracowni echo serca, księgę pracowni testów wysiłkowych.

W/w księgi prowadzone są w formie pisemnej, każda z ksiąg opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, komórkę organizacyjną wraz z jej kodem oraz opatrzona jest numerem księgi. We wszystkich zbadanych księgach prowadzono numerację stron dokumentacji, numer kolejny wpisu, datę zgłoszenia się pacjenta, godzinę zgłoszenia się pacjenta (z wyjątkiem ksiąg pracowni, w wypadku których jest to przesłanka niewymagana przepisami), rodzaj udzielonego świadczenia; we wszystkich księgach poddanych kontroli nie stwierdzono wpisów nieczytelnych.

Ustalone
nieprawidłowości

1. W księdze przyjęć POZ, w przypadku wszystkich wpisów ze stycznia i czerwca 2013 r.- łącznie 7.388 wpisów (100%), stwierdzono brak danych dotyczących adresu pacjenta;

2. W księdze poradni okulistycznej, zawierającej wpisy z lat 2012-2013 (kontroli poddano miesiące styczeń oraz czerwiec 2013 r.) nie wpisywano danych dotyczących adresu pacjenta: we wpisach ze stycznia brakowało adresu pacjenta w 92 przypadkach (100 %), natomiast w czerwcu - w 93 przypadkach (100%);

3. W dokumentacji zbiorczej w postaci księgi pracowni echo serca, pracowni EKG oraz księgi pracowni testów wysiłkowych, wprowadzano dane lekarza zlecającego badanie w niepełnym zakresie, tj.: we wszystkich 61 zbadanych wpisach w księdze pracowni echo serca oraz w przypadku 65 wpisów w księdze pracowni testów wysiłkowych, wprowadzonych w okresie 01.01.2012 - 31.12.2013 r., jak też w przypadku 674 wpisów wprowadzonych do księgi pracowni EKG w miesiącach styczeń i czerwiec 2013 r., w przypadku danych lekarza zlecającego badanie nie zamieszczono danych dotyczących nr prawa wykonywania zawodu oraz posiadanej specjalizacji.²⁷

4. W księdze poradni okulistycznej, w styczniu 2013 r., dokonano 12 poprawek lub skreśleń wpisów, w czerwcu - 4 poprawki lub skreślenia. Łącznie dokonano 16 poprawek lub skreśleń, w przypadku których stwierdzono brak opisu powyższych korekt (tj. brak daty oraz podpisu osoby dokonującej poprawki);

- w przypadku 12 wpisów ze stycznia oraz 10 wpisów z czerwca 2013 r., nie wpisano do księgi przyczyny nieudzielenia świadczenia pacjentom zapisanym na wizytę;

- w przypadku 80 wpisów ze stycznia oraz 89 wpisów z czerwca 2013 r., stwierdzono brak oznaczenia danych lekarza udzielającego świadczenia, z wyjątkiem imienia i nazwiska, tj. brak numeru uprawnień, specjalizacji, tytułu zawodowego oraz podpisu.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że „braki adresu w księgach poradni spowodowane są niedopatrzeniem; pełne dane pacjenta umieszczane są w systemie elektronicznym i w historii choroby. Brak podpisów osoby udzielającej świadczeń spowodowane jest przeoczeniem lekarza w związku z przyjmowaniem dużej ilości pacjentów oraz skupieniem lekarza na udzielaniu porad pacjentom. W przypadku braku danych dotyczących lekarza zlecającego badanie, braki te były spowodowane

²⁷ dane te powinny obligatoryjnie znaleźć się w księdze pracowni, zgodnie z przepisem § 36 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

niedopatrzaniem przy wpisywaniu danych do systemu, z którego drukują się księgi pracowni EKG i echo serca; dane te zostaną uzupełnione w systemie, aby w przyszłości wyeliminować te braki.”

(dowód: akta kontroli str.290-296, 257-258)

5. W księdze przyjęć pacjentów poradni okulistycznej, wykazano brak wpisów dotyczących świadczeń udzielanych w miesiącach luty i marzec w latach 2012 i 2013. Powyższych zmian do umowy z NFZ w harmonogramie przyjęć nieobecnego lekarza, nie zgłoszono do NFZ poprzez skuteczne wprowadzenie do systemu SZOI.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że „w miesiącach luty i marzec 2012 r. oraz luty i marzec 2013 r., w Centrum Medycznym istniała możliwość udzielania świadczeń z zakresu okulistyki w ramach umowy z NFZ. Podczas nieobecności okulisty, pacjenci mogli skorzystać ze świadczeń udzielanych przez innego lekarza okulisty zgłoszonego do NFZ. Oprócz tego pacjenci mogli zgłaszać się do lekarzy komercyjnych w ramach zastępstwa – nieodpłatnie (...). Zmiany te wielokrotnie próbowaliśmy wprowadzać w System Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ, ale z powodu awarii technicznych NFZ (częstych w tamtym okresie), nie doszło do przekazania zmiany harmonogramu; w latach 2012-2013 system SZOI charakteryzował się usterkami technicznymi, do tej pory są częste problemy z uzyskaniem stałego łącza. Pracownicy Centrum informowali telefonicznie NFZ o niemożności wprowadzenia zmian do systemu, z powodu awarii technicznych. Rozmowa nie została odnotowana ani zarejestrowana przez Centrum.”

(dowód: akta kontroli str. 266-267)

Pełniący Obowiązki Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ podał w wyjaśnieniach, że w okresie luty-marzec 2012 r. świadczeniodawca „Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” w Warszawie, stworzył i zamknął 12 zgłoszeń do zmian umowy; w okresie luty-marzec 2013 - stworzył i zamknął 1 zgłoszenie zmian do umowy. We wskazanych okresach pojawiały się przerwy techniczne w działaniu systemu SZOI, które średnio wynosiły około 10 min. W okresie luty - marzec 2012 i 2013 r., nie było żadnych zgłoszeń od strony świadczeniodawców, sugerujących problemy z przetwarzaniem lub przesyłaniem zgłoszeń zmian do umowy.

(dowód: akta kontroli str. 273)

6. Badanie dokumentacji w postaci księgi poradni kardiologicznej zawierającej wpisy z lat 2012-2013 (kontroli poddano miesiące styczeń oraz czerwiec 2013 r.) wykazało, że w przypadku 392 wpisów (100%) zamieszczano niepełne dane pacjenta, tj. bez adresu zamieszkania oraz w 103 wpisach (26,3%) - podano niepełne dane lekarza udzielającego świadczenia (t.j. nr prawa wykonywania zawodu, tytułu zawodowego, specjalizacji) oraz stwierdzono brak jego podpisu.

Ponadto w przypadku 21 wpisów ze stycznia i czerwca 2013 r, stwierdzono dokonanie poprawek lub skreśleń bez potwierdzenia datą oraz podpisem osoby dokonującej poprawki.

(dowód: akta kontroli str. 292-293)

Prezes Zarządu wyjaśniła że „brak podpisów osoby dokonującej skreślenia, przyczyny nieudzielenia świadczeń oraz podpisu i danych lekarza udzielającego świadczeń, spowodowane jest przeoczeniem lekarza w związku z przyjmowaniem dużej ilości pacjentów oraz skupieniem lekarza na udzielaniu porad dla pacjentów”.

(dowód: akta kontroli str.257)

7. W Centrum nie zapewniono pacjentom z dniem 1 stycznia 2013 r., możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, co było niezgodne z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że „w Centrum Medycznym od 01.01.2013 r. umożliwiono pacjentom zapisywanie się na wizytę drogą elektroniczną, mailowo, pod adresem: kontakt@cmwum.pl. Po wpłynięciu maila, konsultant rejestracji kontaktuje się z pacjentem w celu potwierdzenia umówionej wizyty.”

(dowód: akta kontroli str. 263)

Zdaniem NIK, przyjęty przez Centrum sposób umawiania pacjentów na wizytę w ramach AOS nie spełnia wymogów przepisu art. 23a, gdyż nie zapewnia świadczeniobiorcy możliwości monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie jego udzielenia. W związku z tym, zastosowane przez Centrum rozwiązanie, nie spełnia wymogów zawartych w cytowanym przepisie w sposób określony przez Ministra Zdrowia²⁸.

3.1.3. Indywidualna dokumentacja medyczna- historia zdrowia i choroby

3.1.3.1. POZ- Badaniu poddano 37²⁹ kart historii zdrowia i choroby (w tym 30 kobiet i 7 mężczyzn), prowadzoną przez 16 lekarzy POZ. W 37 kartach (100%), odnotowano wywiad w zakresie przebytych chorób poważnych i przewlekłych, w 26 kartach odnotowano wpisy dotyczące pobytów szpitalnych (70,3%), w 21 kartach - informacje o zabiegach chirurgicznych (56,8%), w 12 kartach zamieszczono wpisy dotyczące szczepień pacjenta i stosowanych surowic lub uczuleń (32,4%), w 17 kartach podano informację dotyczącą obciążeń dziedzicznych (46%). Ponadto w 6 kartach odnotowano wykonanie badania per rectum (16,2 %), w 5 kartach (dotyczy kobiet) zawarto informacje o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktażu samobadania piersi (16,7%), w 6 kartach (dotyczy kobiet) - informacje dotyczące badań cytologicznych (16,2%), w 12 kartach - dane dotyczące BMI pacjenta (32,4%).

W dokumentacji poddanej kontroli odnotowano łącznie 339 wizyt, z których 9 dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków (2,7%). W przypadku 115 wizyt zostało zmierzane pacjentowi ciśnienie tętnicze krwi (34%).

W 18 kartach stwierdzono brak oznaczenia płci pacjenta na pierwszej stronie karty.

Odnosnie wpisów w badanych kartach dokonanych w czerwcu 2013 r., stwierdzono: w 37 kartach (100%) odnotowano informacje dotyczące badania podmiotowego i przedmiotowego, w 37 – wpisy dotyczące przepisanych leków (100%), w 29 kartach zawarto informację dotyczącą zleconych badań i konsultacji oraz zabiegów (78,4%), w 37 kartach (100%) wpisano rozpoznanie, a w 24 kartach dokonano opisu zleconych wcześniej badań, konsultacji i zabiegów (64,9%).

Stwierdzone
nieprawidłowości

W 11 kartach nie odnotowano wpisów dotyczących leczenia szpitalnego lub niekorzystania z takiego leczenia (29,7%), w 16 kartach nie odnotowano informacji o przebytych zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takich zabiegów (43,2%), w 25 kartach nie zamieszczono informacji o szczepieniach pacjenta, stosowanych surowicach, uczuleniach lub ich niewystępowaniu (67,6 %), w 20 kartach nie podano informacji dotyczącej obciążeń dziedzicznych pacjenta lub ich niewystępowaniu (54,0%); w 25 kartach nie odnotowano danych dotyczących BMI pacjenta (67,6%).

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (Dz. U. z 2013 poz.516).

²⁹ W POZ- do badania wybrano historie choroby osób w wieku 35-65 lat, które złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ w Centrum przed 1 stycznia 2012 r. i korzystały ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2013 r.- badaniem objęto 5% pacjentów spełniających powyższe kryteria

W przypadku 25 kart kobiet (z 30) nie odnotowano informacji o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktażu samobadania piersi (83,3%), a w 24 kartach nie zawarto informacji dotyczącej badań cytologicznych (80,0%).

(dowód: akta kontroli str.274-275)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że „braki stwierdzone w dokumentacji medycznej mogą wynikać z tego, iż lekarze POZ pytają, badają oraz prowadzą diagnostykę różnicową, ale wobec złożoności i wielorakości problemów zdrowotnych pacjentów oraz ograniczeń czasowych, nie wpisują wszystkich informacji, zaleceń czy pomiarów. Często też pacjenci nie pamiętają kiedy wykonali takie badania, nie życzą sobie takich badań lub skierowań na konsultacje; czasami zarzucają lekarzom nadmierne skupienie uwagi i czasu nad prowadzeniem dokumentacji. Częstym jest też nieokazywanie kart informacyjnych z pobytów szpitalnych lub zaleceń lekarzy specjalistów (...). Brak oznaczenia płci w przypadku 18 kart wynika z niedopatrzenia.”

(dowód: akta kontroli str. 285-286)

3.1.3.2. AOS-kardiologia³⁰

Badaniu poddano dokumentację medyczną indywidualną w postaci 20 kart historii zdrowia i choroby (w tym 11 kobiet i 9 mężczyzn), prowadzoną przez 2 lekarzy specjalistów. W 20 kartach (100%) odnotowano wywiad w zakresie przebytych poważnych chorób i chorób przewlekłych.

W dokumentacji poddanej kontroli odnotowano łącznie 57 wizyt, z których żadna (0%) nie dotyczyła wyłącznie powtórzenia leków. W przypadku 57 wizyt (100%), zostało zmierzone pacjentowi ciśnienie tętnicze krwi.

Odnosnie wpisów w dokonanych w czerwcu 2013 r., stwierdzono: w 20 kartach (100%) odnotowano informacje dotyczące badania podmiotowego i przedmiotowego, w 20 zawarto informację dotyczącą przepisanych leków (100%), w 17 kartach zawarto wpisy dotyczące zleconych badań i konsultacji oraz zabiegów (85%), w 20 kartach (100%) wpisano rozpoznanie, w 19 kartach dokonano opisu zleconych wcześniej badań, konsultacji i zabiegów (95%).

Stwierdzone
nieprawidłowości

W 16 kartach nie odnotowano wpisów dotyczących leczenia szpitalnego lub niekorzystania z takiej formy leczenia (80%), w 17 kartach nie zawarto informacji o zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takich zabiegów (85%), w 20 kartach nie zamieszczono informacji o szczepieniach pacjenta i stosowanych surowicach oraz uczuleniach lub ich niewystępowaniu (100%).

(dowód: akta kontroli str. 278-279)

Prezes Zarządu podała w wyjaśnieniach, że lekarz kardiolog zamieszcza informację o uczuleniach, jeżeli taką informację otrzyma od pacjenta.

(dowód: akta kontroli str.258)

3.1.3.2. AOS-okulistyka³¹

Badaniu poddano dokumentację medyczną indywidualną w postaci 20 kart historii zdrowia i choroby (w tym 15 kobiet i 5 mężczyzn), prowadzoną przez 1 lekarza specjalistę. W 20 kartach (100%) odnotowano wywiad w zakresie przebytych poważnych chorób i o chorobach przewlekłych.

W dokumentacji poddanej kontroli odnotowano łącznie 64 wizyty, z których żadna (0%) nie dotyczyła wyłącznie powtórzenia leków. W trakcie każdej wizyty (100%), zostało zmierzone ciśnienie śródgałkowe i ostrość wzroku.

³⁰ Do badania wybrano 20 kart pacjentów, przyjętych przez lekarza w czerwcu 2013 r.

³¹ Do badania wybrano 20 kart pacjentów, przyjętych przez lekarza w czerwcu 2013 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W 16 kartach nie odnotowano wpisów dotyczących pobytów szpitalnych lub niekorzystania z takiego leczenia (80%), w 15 kartach nie zawarto informacji o zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takich zabiegów (75%), w 20 kartach nie zamieszczono informacji o szczepieniach pacjenta i stosowanych surowicach (100%), w 19 kartach nie odnotowano wpisów dotyczących uczuleń lub ich niewystępowaniu (95%), w 6 kartach nie podano informacji dotyczącej obciążeń dziedzicznych pacjenta lub ich niewystępowaniu (30%).

(dowód: akta kontroli str. 276-277)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że „informacje dotyczące pobytów w szpitalu przekazywane są przez pacjenta lekarzowi; jeżeli pacjent nie przekazał takiej informacji lekarzowi, lekarz nie wpisuje jej do karty. Brak informacji o szczepieniach lub stosowanych u pacjenta surowicach, może być spowodowany tym, iż w/w informacje nie są umieszczane w historii choroby u pacjentów, u których nie są wykonywane zabiegi operacyjne. U pacjenta po urazach, zamieszczamy informację o podaniu lub nie - anatoksyny p/łężkowej lub surowicy. Brak informacji o uczuleniach pacjenta może wynikać z braku przekazania informacji przez pacjenta; jeżeli lekarz odbiera informację od pacjenta - wpisuje ją do karty. Informacje dotyczące obciążeń dziedzicznych umieszczane są w kartach pacjentów, którzy obciążeni są dziedzicznie jaskrą, natomiast informacje dotyczące innych obciążeń genetycznych umieszczane są wyłącznie w dokumentacji pacjentów, których to dotyczy.

(dowód: akta kontroli str.257-258)

3.1.4. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Na wizytę w Centrum pacjent może umówić się osobiście, telefonicznie, przez osoby trzecie oraz drogą elektroniczną (e-mail). Na wizyty do lekarza w poradni pacjenci umawiani są w zależności od potrzeb, natomiast na wizyty kontrolne, zgodnie z potrzebami pacjenta i zaleceniami lekarza. W przypadku zgłoszenia się do poradni w stanie nagłego zachorowania lub zaostrzenia istniejącej choroby przewlekłej, pacjent jest przyjmowany poza kolejnością; w przypadkach stałych lub wymagających kontynuacji diagnozowania, pacjenci umawiani są na wizytę z lekarzem POZ w wyznaczonych terminach, podyktowanych wskazaniem lekarza.

Badania diagnostyczne - analizy laboratoryjne wykonywane są przez firmę ALAB Laboratoria Sp. z o.o., z którą Centrum zawarło umowę na wykonywanie tych badań. W zlokalizowanym na terenie przychodni gabinecie zabiegowym - punkcie pobrań, pobierane są materiały biologiczne, które opracowywane są w laboratorium zewnętrznym. Materiał do badań pobierany jest od pacjentów w punkcie pobrań - gabinecie zabiegowym - informacja o miejscu i godzinach pobrań jest wywieszona na tablicy informacyjnej przed punktem pobrań. Na badanie nie trzeba się wcześniej zapisywać, wszyscy pacjenci, którzy zgłoszą się w danym dniu, są przyjmowani.

(akta kontroli str. 262, 77-79)

3.1.5. Dostępność świadczeń AOS i prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia

Opis stanu
faktycznego

Na wizytę w Centrum pacjent może umówić się codziennie, osobiście, telefonicznie, przez osoby trzecie oraz drogą elektroniczną (e-mail). Na wizyty do lekarza w poradni pacjenci umawiani są w zależności od potrzeb, natomiast na wizyty kontrolne, zgodnie z potrzebami pacjenta i zaleceniami lekarza. W przypadku zgłoszenia się do poradni w stanie nagłego zachorowania lub zaostrzenia istniejącej

choroby przewlekłej, pacjent jest przyjmowany poza kolejnością. Osobą odpowiedzialną za listy oczekujących jest Kierownik Rejestracji.

(dowód: akta kontroli str. 262-263)

Świadczeniobiorcy każdorazowo są kwalifikowani jako przypadek: pilny lub stabilny - adnotacja ta jest zawarta w dokumentacji dotyczącej prowadzenia list oczekujących.

Listy oczekujących prowadzone w Centrum, podlegają okresowej ocenie (co najmniej raz w miesiącu) przez Prezesa Zarządu oraz Kierownika Przychodni.

(dowód: akta kontroli. 264, 250)

Kontrola 60 wpisów w liście oczekujących na świadczenie w poradni kardiologicznej oraz 38 wpisów w liście oczekujących na świadczenie w poradni okulistycznej³² wykazała, że dane zawarte w powyższych listach, są zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str.247-250)

Średni czas oczekiwania wykazywany w listach oczekujących, wyliczany jest automatycznie przez program KS-Somed na podstawie wprowadzonych wpisów do list oczekujących, zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Średni czas oczekiwania na świadczenie w ramach AOS w zakresie okulistyki wynosił: wg stanu na koniec grudnia 2011 r.³³: 97 dni - przypadki stabilne oraz 5 dni przypadki pilne; wg stanu na koniec czerwca 2012 r.: 81 dni - przypadki stabilne oraz 24 dni - przypadki pilne. W roku 2013: wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 133 dni -przypadki stabilne, 0 dni-przypadki pilne, wg stanu na koniec czerwca 2013 r.: 49 dni - przypadki stabilne, 0 dni - przypadki pilne.

Średni czas oczekiwania na świadczenie w ramach AOS w zakresie kardiologii wynosił: wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 148 dni - przypadki stabilne oraz 14 dni przypadki pilne; wg stanu na koniec czerwca 2012 r.: 48 dni - przypadki stabilne oraz 17 dni - przypadki pilne. W roku 2013: wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 109 dni - przypadki stabilne, 27 dni - przypadki pilne; wg stanu na koniec czerwca 2013 r.: 63 dni - przypadki stabilne, 17 dni - przypadki pilne.

(dowód: akta kontroli str. 223, 288)

3.1.6. Sposób przechowywania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna w Centrum przechowywana jest w kartotekach w pomieszczeniu Rejestracji, które zabezpieczono przed dostępem osób trzecich (dostęp wyłącznie dla personelu oraz osób upoważnionych).

(dowód: akta kontroli str. 160-164)

Stwierdzone
nieprawidłowości

Stwierdzono przypadki opóźnień w przekazywaniu do NFZ informacji o listach oczekujących, tj. raport dotyczący listy oczekujących za miesiąc czerwiec 2012 r.

³² Kontrolą objęto wpisy ze stycznia i czerwca 2012 i 2013 r.

³³ Stan podawany wg danych na koniec grudnia roku poprzedniego

został wysłany 13 lipca 2012 r., tj. z 3-dniowym opóźnieniem, natomiast raport za miesiąc styczeń 2013 r. został wysłany 21 lutego, tj. z 11-dniowym opóźnieniem.

Z wyjaśnień udzielonych przez pracownika Centrum wynika, że raport za czerwiec 2012 r. został wysłany z opóźnieniem z powodu problemów z systemem; raport za styczeń 2013 został wysłany 21 lutego, ponieważ NFZ udostępnił plik z umową 18 stycznia 2013 r. Opóźnienie wynikało z konieczności uzupełnienia zaległych danych w systemie, koniecznych do wygenerowania raportu.

(dowód: akta kontroli str. 218-222)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości³⁴, działalność w badanym obszarze.

4. Poprawność rozliczeń umów zawartych z NFZ

4.1. Umowy o świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą, pomiędzy MOW NFZ a Centrum, zostały zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w których określono zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, jak również zapisy dotyczące kar umownych, nakładanych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy:

1) umowa nr 07R-1-00710-01-01/07-06-00158-11-03/06 z dnia 26 stycznia 2011 r. o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zawarta na okres 3 lat, począwszy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.³⁵

2) umowa nr 07R-1-00710-02-01-2011-2013/11 z dnia 30.03.2011 r.³⁶ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.

Zawarte umowy corocznie aktualizowano. Do powyższych umów sporządzono 4 załączniki: Załącznik nr 1- Plan rzeczowo-finansowy, Załącznik nr 2- Harmonogram-zasoby, Załącznik nr 3- Wykaz podwykonawców, Załącznik nr 4- Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

(dowód: akta kontroli str.365-532, 533-776)

4.2. Realizacja umów o świadczenia POZ i AOS

4.2.1. Udzielone świadczenia

Opis stanu
faktycznego

W ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń AOS w zakresie kardiologii w latach 2012-2013, liczba osób, którym udzielono świadczeń w powyższym zakresie, przedstawiała się następująco: w I półroczu 2012 r. 862 pacjentom udzielono 915 świadczeń (7193 punktów rozliczeniowych) o wartości 71.930,00 zł, co stanowiło 247,69% planu po zmianach; w II półroczu 2012 r., 365 pacjentom udzielono w zakresie kardiologii 398 świadczeń (3.239,5 punktów) o wartości 32.395,00 zł, co stanowiło 111,67% planu po zmianach. W I półroczu 2013 r. w powyższym zakresie, 747 pacjentom udzielono 763 świadczeń (5.578 punktów) o wartości 55.780,00 zł, co stanowiło 100% planu po zmianach.

³⁴ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

³⁵ Do powyższej umowy podpisano 13 Aneksów (3 Aneksy w roku 2011, 7 - w roku 2012, i 3- w roku 2013)- dotyczących m.in. zmian w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do umowy;

³⁶ Do powyższej umowy podpisano łącznie: 11 Aneksów (6 Aneksów- w 2011 r., 3- w 2012 r., 2- w 2013 r.)- dotyczących m.in. zmian w załączniku nr 1 (Plan rzeczowo-finansowy) oraz załączniku nr 2 (Harmonogram-Zasoby)

W ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń AOS w zakresie okulistyki w latach 2012-2013, liczba osób, którym udzielono świadczeń, przedstawiała się następująco: w I półroczu 2012 r., 258 pacjentom udzielono 285 świadczeń (1.983 punkty rozliczeniowe) o wartości 18.838,00 zł, co stanowiło 100% planu po zmianach; w II półroczu 2012 r., 369 pacjentom udzielono w zakresie okulistyki 393 świadczeń (2.770 punktów) o wartości 26.315,00 zł, co stanowiło 84,71% planu po zmianach. W I półroczu 2013 r. w powyższym zakresie, 377 pacjentom udzielono 412 świadczeń (2.490 punktów) o wartości 23.655,00 zł, co stanowiło 100% planu po zmianach.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że niedoszacowania (nadwykonania lub niedowykonania) w realizacji kontraktu, wynikają ze zmiany przepisów NFZ AOS, które weszły w życie od stycznia 2012 r. Nowy sposób rozliczania usług nie pozwalał na prawidłowe zaplanowanie realizacji kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 307-308)

Przychody z realizacji umów o wykonanie świadczeń z zakresu POZ przedstawiały się następująco: za I półrocze 2012 r. przychody z powyższego tytułu wyniosły 1.337.894,17 zł³⁷; za II półrocze- 1.306.611,73 zł³⁸, za I półrocze 2013 r.- 1.275.936,18 zł.³⁹

(dowód: akta kontroli str. 303-304)

4.3. Terminowość rozliczeń umów

Opis stanu faktycznego

Raporty statystyczne zawierające informacje o zrealizowanych świadczeniach za dany okres sprawozdawczy, jak też informacje o liczbie deklaracji wyboru (dla POZ), były generowane i przekazywane do MOW NFZ za pośrednictwem elektronicznego systemu SZOI, w terminie⁴⁰ określonym w § 17 i § 23 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Raporty powyższe były sporządzane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jak też spełniały wymagania określone w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Płatności ze strony NFZ z tytułu zawartych umów w okresie objętym kontrolą, przekazywane były zgodnie z terminami⁴¹ określonymi w § 24 ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 297)

4.4. W latach 2012-2013, w zakresie objętym kontrolą, Centrum korzystało z usług trzech firm, świadczących usługi w ramach podwykonawstwa:

- ALAB Laboratoria Sp. z o.o. – w zakresie badań laboratoryjnych⁴²,

³⁷ W tym świadczenia lekarza POZ: 954231 zł, świadczenia położnej POZ: 6055,15 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 231692,52 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 91445,50 zł

³⁸ W tym świadczenia lekarza POZ: 926646,80zł, świadczenia położnej POZ: 59797,44 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 229119,54 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 91047,95 zł

³⁹ W tym świadczenia lekarza POZ: 901464,80 zł, świadczenia położnej POZ: 58795,04 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 225578,64 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 90097,70 zł

⁴⁰ Tj. do 10-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

⁴¹ Tj. w terminie 15 dni za miesiąc poprzedni, po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych-, tj. raportu statystycznego wraz z rachunkiem.

- Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, w zakresie USG i RTG dla dzieci,⁴³

- Mega-Lens Spółka Cywilna, Wojciech Gałęcki, Marek Czubak, Waldemar Woźniak w zakresie badań diagnostycznych (OCT, GDX, pachymetria, HRT, USG oka i oczodołu, angiografia fluoresceinowa)⁴⁴.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że umowa o podwykonawstwo z firmą ALAB Laboratoria Sp. z o.o. została podpisana z powodu nie posiadania przez Centrum własnego laboratorium; w przypadku firmy Mega-Lens Spółka Cywilna- umowę podpisano, ponieważ Centrum nie posiada własnego sprzętu do wykonywania w/w badań. Umowę z Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalem Klinicznym podpisano z powodu tego, że Centrum nie zatrudnia lekarzy wykonujących badania w zakresie

(dowód: akta kontroli str. 262-263, 314-364)

4.5. Kary umowne

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą nie zostały naliczone kary umowne, w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umów zawartych z NFZ w latach 2012-2013 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

(dowód: akta kontroli str. 263)

4.6. Nadzór ze strony uprawnionych podmiotów

Opis stanu
faktycznego

Nadzór merytoryczny nad lekarzami specjalistami prowadzi bezpośrednio Prezes Zarządu. Nadzór organizacyjny w powyższym zakresie prowadzony jest przez Kierownika Przychodni.

Prezes Zarządu podała w wyjaśnieniach, że w Centrum działa Komisja ds. dokumentacji medycznej, która dokonuje kontroli dokumentacji medycznej, odnotowywanej przez koordynatora lekarzy POZ. Oprócz tego, w ramach Systemu Zarządzania jakością odbywają się comiesięczne audyty ISO, w ramach których kontrolowana jest między innymi cała dokumentacja medyczna. Audyty dokumentowane są w formie raportów.

(dowód: akta kontroli str.258)

Koszty badań laboratoryjnych dla POZ w badanym okresie wynosiły odpowiednio:

za I półrocze 2012 r.- 196.146,80 zł, za II półrocze 2012 r.- 171.676,30 zł, za I półrocze 2013 r.- 209.693,10 zł. Łącznie w latach 2012-2013 (I półrocze), koszty laboratoryjne poniesione przez Centrum w ramach POZ, stanowiły kwotę 577.516,20 zł.

(dowód: akta kontroli str. 265)

Nadzorowanie pracy lekarzy POZ odbywa się poprzez regularnie kontrolowanie grafików godzin i dni pracy, kontrolę dokumentacji medycznej, zgłoszenia do Inspektoratu Nadzoru Sanitarnego, wpisy wizyt domowych – przez Prezesa Zarządu Centrum, przez Kierownika Przychodni oraz lekarza koordynatora pracy lekarzy POZ.⁴⁵ Kontrole dokumentacji zbiorczej prowadzone są regularnie, codziennie

⁴² Na podstawie umowy z dnia 01.10.2004 r.

⁴³ Na podstawie umowy z dnia 10.02.2003 r.

⁴⁴ Na podstawie umowy z dnia 15.07.2011 r.

⁴⁵ Wg wyjaśnień Prezes Zarządu Centrum, w sposób szczególnie nadzorowana jest praca lekarzy rezydentów medycyny rodzinnej, którzy pracują tylko w godzinach pracy lekarzy posiadających specjalizację, pod ich bezpośrednim nadzorem- mają oni możliwość bezpośredniego kontaktowania się z lekarzem koordynatorem w sprawach bieżących, nietypowych.

przez Kierownika Przychodni i według potrzeb bieżących - przez Prezesa Zarządu Centrum. Dokumentację indywidualną, jak również zbiorczą, cotygodniowo kontroluje lekarz koordynator POZ, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy rezydentów.⁴⁶

(dowód: akta kontroli str.286-287)

W dniach 8-9 marca 2012 r., Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Wydział Kontroli, przeprowadził w Centrum kontrolę problemową w przedmiocie zgodności wykonywania działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej⁴⁷ i przepisami wydаныmi na jej podstawie.⁴⁸ Kontrolą objęto m.in. prowadzenie i przechowywanie w Centrum dokumentacji medycznej⁴⁹.

(akta kontroli str. 188-217)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie⁵⁰ działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵¹, wnosi o:

1. Informowanie MOW NFZ o wszystkich przypadkach zmian dotyczących potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji umowy z MOW NFZ, będącego w dyspozycji Centrum, w szczególności personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podjęcie działań w celu zamieszczania w prowadzonej przez Centrum dokumentacji medycznej wszystkich danych, wymaganych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania.
3. Dołożenie wszelkich starań w celu terminowego przesyłania do NFZ informacji o listach oczekujących na udzielenie świadczenia.

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

⁴⁶ Według wyjaśnień Prezes Zarządu Centrum: kontrole te są potwierdzane podpisami i pieczętami osób uprawnionych, stwierdzone w kontrolach ewentualne braki lub niezgodności są uzupełniane na bieżąco.

⁴⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. z 2013, poz. 217 ze zm.

⁴⁸ Okres objęty kontrolą: badanie stanu faktycznego na dzień kontroli.

⁴⁹ Kontrola Kart Historii Zdrowia i Choroby wykazała brak niektórych danych, które powinna zawierać dokumentacja medyczna poddana kontroli, m.in. brak numeracji w kartach, brak oznaczenia co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta kolejnych stron dokumentacji- z wyjątkiem pierwszej strony, brak nr pesel pacjenta.

⁵⁰ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny częściowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

⁵¹ Dz. U. z 2012 poz. 82, ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

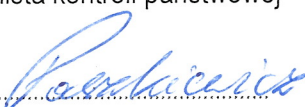
pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

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.

Warszawa, dnia 14. 02. 2014 r.

Kontroler
Dorota Paszkiewicz
Specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis