



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-02/2014

P/14/063



04519214

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

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

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku

Kontroler

Jerzy Chwiedosik – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91440 z dnia 3 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka
kontrolowana

Centrum Medyczne DIAGMEDICA sp. z o.o. w Białymstoku, ul. Legionowa 14/16/3, 15-099 Białystok (dowód: akta kontroli str. 3)

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Andrzej Ustymowicz – Prezes Zarządu Centrum Medycznego DIAGMEDICA sp. z o.o. w Białymstoku (dowód: akta kontroli str. 4-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Centrum Medyczne DIAGMEDICA sp. z o.o. w Białymstoku zapewniło pacjentom oczekującym na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne dostęp do odpowiednio przygotowanych pomieszczeń, specjalistycznej aparatury i badań. Świadczeń udzielali lekarze posiadający wymagane kwalifikacje. Informowano też lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o zastosowanym leczeniu¹. Stwierdzono jednak nieprawidłowości, w tym takie, które uniemożliwiają rzetelne ustalenie czasu oczekiwania oraz liczby oczekujących na świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne:

- świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diabetologii w styczniu 2014 roku udzielano niezgodnie z harmonogramem ustalonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawartej 30 grudnia 2011 r. z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, tj. z naruszeniem § 2 ust. 2 tej umowy,
- księgę przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej prowadzono w sposób niespełniający wymogów określonych w § 44 pkt 1-4 w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²,
- w latach 2012-2013 nie prowadzono list oczekujących na świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne w wersji papierowej, zaś list w formie elektronicznej nie prowadzono na bieżąco,
- w 2014 roku listy oczekujących na świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne sporządzano w sposób niespełniający wymagań określonych w § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także w art. 20 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³,
- Kierownik Centrum Medycznego Diagmedica nie dokonywał oceny list oczekujących na świadczenie, wymaganej postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 2 powołanej ustawy,

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 Dz. U. z 2014 r., poz. 177

³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

- sporządzano na potrzeby NFZ nierzetelne raporty o liczbie oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne oraz o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania,
- pacjentom Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej nie zapewniono możliwości rejestrowania się na wizyty drogą elektroniczną, wbrew wymogom art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 57 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

1.1. Centrum Medyczne Diagmedica sp. z o.o. w Białymstoku (dalej „Świadczeniodawca”), prowadzące przedsiębiorstwo Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Diagmedica (dalej „NZOZ Diagmedica” lub „Zakład”), funkcjonowało na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Stosownie do postanowień art. 5 ust. 1 powołanej ustawy, Świadczeniodawcę oraz jego przedsiębiorstwo wpisano do Księgi Rejestrowej Nr 22585, prowadzonej przez Wojewodę Podlaskiego. (dowód: akta kontroli str. 11-19)

1.2. Zapisy w Księdze Rejestrowej dotyczące komórek organizacyjnych Zakładu oraz zakresu udzielanych świadczeń były zgodne ze stanem faktycznym. W skład NZOZ wchodziły poradnie: kardiologiczna, diabetologiczna i endokrynologiczna oraz pracownia USG. Zakład udzielał świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii, diabetologii i endokrynologii. W dniu 4 września 2014 r. do Księgi Rejestrowej wpisano poradnię chorób naczyń, która rozpoczęła działalność od 1 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 12-19, 53-54)

1.3. Regulamin organizacyjny Świadczeniodawcy, ustalony 31 grudnia 2012 r. przez Zarząd Świadczeniodawcy, był aktualny i zawierał elementy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Ustalono w nim m.in., że:

- proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Rejestracji, do której pacjenci zgłaszają się w celu umówienia wizyty lub zarejestrowania się do lekarza,
- pacjent otrzymuje informację dotyczącą wpisu w rejestrze oraz o planowanym terminie wizyty (data i godzina),
- rejestracja odbywa się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej,
- w pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego,
- w sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia wszystkim potrzebującym odpowiednich świadczeń, kolejność dostępu do świadczeń ustala lekarz, tworząc listy pacjentów oczekujących,
- w przypadku konieczności wykonania uzupełniającego badania diagnostycznego, konsultacji lub zabiegu, w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, świadczenia te realizowane są niezwłocznie.

Informacje o zasadach udzielania świadczeń podano do wiadomości pacjentów poprzez wywieszenie Regulaminu organizacyjnego w siedzibie Zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 30-39, 42)

Od 1 stycznia do 30 grudnia 2012 r. strukturę organizacyjną oraz porządek udzielania świadczeń określał Regulamin porządkowy i organizacyjny z 20 października 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 20-27)

⁴ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

1.4. Świadczeniodawca nie posiadał certyfikatów jakości oraz akredytacji, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶.

(dowód: akta kontroli str. 12)

1.5. Analiza czasu pracy Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej przez porównanie wpisów w Księgach przyjęć z harmonogramem ustalonym w załączniku do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (dalej „NFZ”), przeprowadzona na przykładzie stycznia i czerwca 2014 roku wykazała, że w styczniu 2014 roku Poradnia Kardiologiczna pracowała zgodnie z tym harmonogramem, zaś lekarze Poradni Diabetologicznej nie byli dostępni w niektóre dni wykazane w tym harmonogramie, co szczegółowo przedstawiono poniżej. Natomiast w księgach przyjęć prowadzonych dla obu Poradni w czerwcu i w kolejnych miesiącach nie odnotowywano godzin przyjęć pacjentów (problem ten szczegółowo opisano w pkt 4 wystąpienia pokontrolnego), co uniemożliwiło zweryfikowanie zgodności godzin pracy tych poradni z obowiązującym w tym czasie harmonogramem.

(dowód: akta kontroli str. 53, 75-81, 178-185)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na udzielaniu w styczniu 2014 roku ambulatoryjnych świadczeń diabetologicznych przez dwóch lekarzy, tj. przez Hannę D. we wtorki (4, 14, 21 i 28 stycznia 2014 r.) od 15⁰⁰ do 18⁵⁰ oraz Magdalenę P.-C. w czwartki (9, 16, i 23 stycznia 2014 r.) od 15⁰⁰ do 18⁴⁵ oraz w sobotę 18 stycznia 2014 r. od 9⁴⁵ do 11¹⁵, chociaż wg harmonogramu, stanowiącego załącznik do umowy podpisanej 30 grudnia 2011 r. z NFZ, w styczniu 2014 roku świadczenia miały być udzielane przez:

- Magdalenę P.-C. w środy od 16⁴⁵ do 18¹⁵, w czwartki od 15¹⁵ do 19¹⁵ oraz w soboty od 11⁰⁰ do 13⁰⁰,
- Hannę D. we wtorki od 15¹⁵ do 19¹⁵, w środy od 15¹⁵ do 16⁴⁵ i w soboty od 9⁰⁰ do 11⁰⁰.

Stanowiło to naruszenie postanowień § 2 ust. 2 powołanej umowy z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 80-81 i 178-185)

Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił: *Na środy były umawiane porady edukacyjne, na które w styczniu 2014 r. pacjenci się nie zgłosili. Z tego powodu nie wykazano porad udzielanych w tych dniach przez lekarzy. Podobna sytuacja była w soboty. Pacjenci na ogół nie wybierają wizyt w tym dniu.*

(dowód: akta kontroli str. 210)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, organizację Świadczeniodawcy.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. Zasoby Świadczeniodawcy (pomieszczenia, kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt i aparaturę medyczną) zapewniały prawidłową realizację umowy o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii, zawartej z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 40-41, 73-74, 204-205)

2.2. Gabinety lekarskie Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷. Pomieszczenia poradni zostały zlokalizowane w wydzielonej części budynku. Posiadały naturalne i sztuczne oświetlenie oraz wentylację grawitacyjną. Podłogi i ściany były pokryte materiałami ułatwiającymi zmywanie i dezynfekcję. W gabinetach znajdowały się umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki na mydło w płynie i płyn odkażający, pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku, kosz na zużyte ręczniki oraz meble wykonane z materiałów ułatwiających zmywanie i dezynfekcję, a także zestawy komputerowe. Osobom niepełnosprawnym zapewniono dostęp do pomieszczeń i aparatury medycznej Świadczeniodawcy. Przy schodach

⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 739

zamontowano bowiem windę, zaś drzwi wejściowe do gabinetów były szerokie i bez progów. (dowód: akta kontroli str. 40-41)

2.3. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Białymstoku przeprowadził u Świadczeniodawcy cztery kontrole, z których dwie nie wykazały nieprawidłowości. Podczas dwóch kolejnych stwierdzono m.in. przechowywanie odpadów medycznych dłużej niż 30 dni, niezabezpieczenie pomieszczeń do przechowywania odpadów przed dostępem osób nieuprawnionych oraz niezapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do pomieszczeń NZOZ Diagmedica. Zalecenia Inspektora Sanitarnego dotyczące usunięcia nieprawidłowości zostały wykonane. (dowód: akta kontroli str. 61-62)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Białymstoku decyzjami z 18 stycznia, 7 lutego i 11 kwietnia 2012 r. oraz z 29 sierpnia 2014 r. potwierdził, że pomieszczenia wykorzystywane do świadczenia usług zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z zakresu kardiologii i diabetologii spełniały wymagania dla tego typu działalności, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej⁸ i w rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r. w tej samej sprawie. (dowód: akta kontroli str. 43-52)

2.4. Świadczeniodawca zapewnił pacjentom dostęp do aparatury i sprzętu medycznego oraz badań, wymienionych w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹. Na wyposażeniu Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej znajdowała się aparatura i sprzęt medyczny, wymienione w umowie z NFZ, w tym: echokardiograf, aparat EKG, Holter RR, dwa Holtery EKG, glukometr, przyrząd do badania czucia temperatury skóry, przyrząd do badania czucia bólu, monofilament, widelki stroikowe. Aparatura była sprawna i posiadała aktualne przeglądy techniczne. (dowód: akta kontroli str. 73-74)

Realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii odbywała się przy współudziale pięciu podwykonawców. Wykonywali oni badania laboratoryjne, mikrobiologiczne i radiologiczne, próby wysiłkowe oraz badania oftalmoskopowe. (dowód: akta kontroli str. 83)

2.5. Ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych udzielał personel medyczny, posiadający kwalifikacje określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- wg stanu na 30 czerwca 2012 r. świadczeń kardiologicznych udzielało trzech lekarzy, których wymiar czasu pracy wynosił cztery, dwie oraz 12 godzin i 15 minut tygodniowo. Wg stanu na 30 czerwca 2013 r. świadczeń tych udzielało trzech lekarzy, z których dwóch pracowało po cztery godziny tygodniowo, a jeden – dwie godziny. Z kolei na 30 czerwca 2014 r. świadczeń udzielało pięciu lekarzy, w tym dwóch po 4 godziny tygodniowo, a kolejnych trzech – 9, 12 oraz 7 godzin i 15 minut tygodniowo;
- wg stanu na 30 czerwca 2012 r. świadczeń z zakresu diabetologii udzielało trzech lekarzy, z których jeden pracował osiem godzin tygodniowo, a dwóch po sześć godzin, zaś na 30 czerwca 2013 i 2014 r. świadczeń udzielało dwóch lekarzy, których tygodniowy wymiar czasu pracy wynosił po 7 godzin i 30 minut.

(dowód: akta kontroli str. 206)

2.6. Zgodnie z wymogami § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, na zewnątrz budynków umieszczono tablice ze znakiem graficznym NFZ. Natomiast wewnątrz – informacje o: imionach i nazwiskach lekarzy udzielających świadczeń, godzinach ich udzielania, zasadach zapisów na porady i na listę oczekujących

⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 31, poz. 158. Rozporządzenie obowiązywało do 1 lipca 2012 r.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413

¹⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484

na świadczenie, prawach pacjenta, numerach telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, a także o adresie i numerze telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia i trybie składania skarg i wniosków.

(dowód: akta kontroli str. 42)

2.7. Stosownie do postanowień § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹, Świadczeniodawca dokonał ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ostatnią umowę w tej sprawie zawarto 31 grudnia 2013 r., obejmując nią:

- obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (75.000 euro),
- dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (50.000 euro),
- ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej (50.000 zł). (dowód: akta kontroli str. 55)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zasoby Świadczeniodawcy, wykorzystywane do realizacji umowy o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających kardiologicznych i diabetologicznych świadczeń ambulatoryjnych z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

3.1. Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 14 pacjentów Poradni Kardiologicznej i 10 pacjentów Poradni Diabetologicznej, którym w czerwcu 2014 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej wykazała, że w każdym przypadku w dokumentacji znajdowało się skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto w dokumentacji jednego pacjenta Poradni Kardiologicznej i sześciu pacjentów Poradni Diabetologicznej znajdowały się karty informacyjne dla lekarzy rodzinnych.

(dowód: akta kontroli str. 56-60)

Prezes Zarządu Świadczeniodawcy w złożonych wyjaśnieniach podał: *Karty informacyjne dla lekarza POZ wydawane są dopiero po ustabilizowaniu pacjenta i określeniu dalszego leczenia.*

(dowód: akta kontroli str. 211)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współdziałanie lekarzy NZOZ Diagmedica z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

4.1. Dokumentację medyczną Zakładu, zbiorczą i indywidualną prowadzono w formie papierowej. Karty historii zdrowia i choroby pacjentów Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej prowadzono zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Natomiast Księgi przyjęć tych poradni nie zawierały części elementów wymaganych postanowieniami § 44 powołanego rozporządzenia, co opisano w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 56-60, 75-81)

4.2. Księgi przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej miały postać tabelarycznych zestawień dziennych przyjęć pacjentów, prowadzonych oddzielnie dla każdego lekarza. Analiza 769 zapisów dotyczących pacjentów Poradni Kardiologicznej

¹¹ Dz. U. Nr 293, poz. 1729

i 280 zapisów dotyczących pacjentów Poradni Diabetologicznej, dokonanych w styczniu i w czerwcu 2014 roku wykazała, że zestawienia:

- ze stycznia 2014 roku zawierały nazwę poradni, imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczeń, planowaną datę i godzinę udzielenia świadczenia (pacjentów wpisywano co 15 minut), imię i nazwisko oraz nr PESEL pacjenta, kody wizyt i liczbę punktów za świadczenie (odnotowywano też niestawienie się pacjenta),
- z czerwca 2014 roku nie zawierały planowanej daty zgłoszenia pacjenta.

Dane z dziennych zestawień przenoszono do programu komputerowego KS PPP (Podstawowy Program Świadczeniodawcy), autorstwa firmy Kamsoft S.A., wykorzystywanego do rozliczania świadczeń z NFZ. (dowód: akta kontroli str. 75-81)

4.3. Analiza 14 kart pacjentów Poradni Kardiologicznej i 10 kart pacjentów Poradni Diabetologicznej w wieku 35-65 lat (38% kobiet i 62% mężczyzn) wykazała, że:

- we wszystkich kartach znajdowały się zapisy dotyczące badania podmiotowego, zleconych badań diagnostycznych i ich wyników, przepisanych leków, rozpoznania choroby, a także data i podpis lekarza dokonującego wpisu, tj. elementy wymagane postanowieniami § 42 ust. 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- w 13 kartach pacjentów Poradni Kardiologicznej i w 10 kartach pacjentów Poradni Diabetologicznej odnotowano informacje o przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu i zabiegach chirurgicznych (w jednym przypadku wywiad lekarski został sporządzony nieczytelnie),
- informacje o wzroście i masie ciała zawierała jedna karta pacjenta Poradni Kardiologicznej i dziewięć kart pacjentów Poradni Diabetologicznej,
- w pięciu kartach Poradni Kardiologicznej i w sześciu – Poradni Diabetologicznej zapisy dotyczące uczuleń i obciążeń dziedzicznych były nieczytelne.

(dowód: akta kontroli str. 56-60)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na braku części danych w Księdze przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej, w tym: nazwy i adresu NZOZ, kodu identyfikacyjnego, numeru księgi, ciągłej numeracji, a także informacji o godzinie zgłoszenia się pacjenta (zapisy z czerwca 2014 roku) oraz danych o miejscu zamieszkania pacjenta. Brak tych elementów stanowił naruszenie postanowień § 44 pkt 1-4, w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Księgi przyjęć prowadziła rejestratorka Ewelina K., która wyjaśniła: *Nie znałam przepisów dotyczących zasad prowadzenia Księgi przyjęć. Uważałam, że dane zawarte w Księgach są wystarczające, ponieważ inne informacje znajdują się w karcie pacjenta.* (dowód: akta kontroli str. 75-81, 123, 137-138)

Kierownik NZOZ Diagmedica Pan Andrzej Ustymowicz podał następujące powody niewpisywania do ksiąg przyjęć części wymaganych danych:

- *brak nazwy NZOZ, jego adresu [...] z uwagi na małą ilość Poradni (3 Poradnie w NZOZ) stąd identyfikacja nazwy, adresu i numeru telefonu (ogólnie dostępne w NZOZ, figurująca na dokumentacji medycznej) była możliwa na każdym etapie udzielania świadczenia,*
- *brak kodu identyfikacyjnego – z uwagi na jego częsty brak na skierowaniu POZ,*
- *brak informacji o godzinie zgłoszenia się pacjenta – brak obiektywnej możliwości zachowania chronologii godzin zgłaszania się pacjentów z uwagi na niezgłaszanie się pacjentów na umówione wizyty i spóźnianie się pacjentów,*
- *brak wskazania adresu miejsca zamieszkania pacjenta – z uwagi na możliwość jego każdorazowego ustalenia na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej,*

Jednocześnie wskazuję, iż żaden z tych braków w Księdze przyjęć nie miał wpływu na prawidłowość wykonywania kontraktu. (dowód: akta kontroli str. 130-131)

Ocena cząstkowa	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, prowadzenie indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.
Opis stanu faktycznego	5. Przechowywanie dokumentacji medycznej 5.1. Indywidualną i zbiorczą dokumentację medyczną zabezpieczono przed dostępem osób nieuprawnionych. Karty historii zdrowia i choroby przechowywano w specjalnie do tego przystosowanych boksach, w pomieszczeniu socjalnym, znajdującym się na zapleczu rejestracji pacjentów. W pomieszczeniu tym znajdowały się także księgi przyjęć (zestawienia dziennych przyjęć pacjentów, które wpięto do segregatorów). Dostęp do komputera, wykorzystywanego m.in. do prowadzenia listy oczekujących na świadczenie, zabezpieczono wieloznakowym hasłem. (dowód: akta kontroli str. 82) 5.2. Pacjentów NZOZ Diagmedica poinformowano o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu, poprzez wywieszenie Regulaminu organizacyjnego. (dowód: akta kontroli str. 42) W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
Ocena cząstkowa	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zabezpieczenie dokumentacji medycznej przed dostępem osób nieupoważnionych.
Opis stanu faktycznego	6. Dostępność ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych i prowadzenie list oczekujących na te świadczenia 6.1. Analiza postępowania wobec osób wpisanych w styczniu 2014 roku na listę oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne oraz świadczeń udzielonych 5 i 10 czerwca 2014 r. wykazała, że były one udzielane według kolejności zgłoszenia pacjentów (jednak nie zawsze zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym w umowie z NFZ, co opisano w pkt 1.5. wystąpienia). (dowód: akta kontroli str. 76-81, 178-186, 200-203) 6.2. Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Świadczeniodawcy, rejestracja pacjentów odbywała się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich, w każdym dniu pracy Zakładu. Podczas rejestracji informowano pacjenta o przewidywanym terminie udzielenia świadczenia, wskazując też godzinę wizyty. Zasady zapisów udostępniono pacjentom poprzez wywieszenie Regulaminu organizacyjnego w siedzibie NZOZ Diagmedica. Prowadzenie listy oczekujących należało do obowiązków rejestratorki medycznej oraz dwóch pielęgniarek. (dowód: akta kontroli str. 31, 42, 84-87) 6.3. Listy oczekujących na świadczenia prowadzono w formie elektronicznej, zaś w 2014 roku – także w wersji papierowej. Analiza kompletności wpisów zamieszczonych w styczniu i w czerwcu 2014 roku w elektronicznych wersjach list oczekujących na świadczenia w Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej (odpowiednio 396 i 27 pacjentów) wykazała, że: • we wszystkich przypadkach odnotowano: datę i godzinę wpisu na listę, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, jego nr PESEL, a także wyznaczony termin udzielenia świadczenia oraz kategorię medyczną pacjenta (stabilny/pilny), • we wszystkich przypadkach podano datę oraz powód skreślenia z listy (409 osób, w tym 405 z powodu wykonania świadczenia). (dowód: akta kontroli str.84-87) Analiza list oczekujących na świadczenie w wersji papierowej wykazała, że: • listy były opatrzone danymi identyfikacyjnymi, zawierającymi nazwę, adres, numer telefonu i kod identyfikacyjny Zakładu, nazwę komórki organizacyjnej, imię i nazwisko oraz nr PESEL świadczeniobiorcy, • spośród 395 zapisów na liście oczekujących do Poradni Kardiologicznej, kolejny nr wpisu miało 381 pozycji, datę wpisu – 207 pozycji, godzinę wpisu – 24 pozycje, wyznaczony termin udzielenia świadczenia – 283 pozycje,

- z 40 zapisów na liście oczekujących do Poradni Diabetologicznej, oprócz danych wymienionych powyżej, wszystkie pozycje zawierały kolejny numer wpisu, datę wpisu, wyznaczony termin udzielenia świadczenia. Godzinę wpisu odnotowano w dziewięciu przypadkach, a w jednym przypadku odnotowano skreślenie pacjenta z listy ze wskazaniem daty udzielenia świadczenia (wcześniejszą niż wyznaczona).

(dowód: akta kontroli str. 88-91)

Problematykę prawidłowości sporządzania list oczekujących przedstawiono również w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

6.4. Świadczeniodawca, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu raportowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹², przekazywał NFZ raporty (w wersji elektronicznej) o liczbie oczekujących na świadczenie i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania. Według tych raportów w 2012 roku kolejki na świadczenia z zakresu kardiologii i diabetologii występowały od lutego do maja, a w 2013 roku – od sierpnia do listopada. Na koniec czerwca 2014 roku na świadczenia kardiologiczne oczekiwało 59 osób, tj. o 225 mniej niż 31 stycznia 2014 r. (284 pacjentów), zaś średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł w tym okresie z 15 do 45 dni (przypadki stabilne). Na zbliżonym poziomie kształtowała się liczba oczekujących na ambulatoryjne świadczenia diabetologiczne. W styczniu 2014 roku oczekiwało na nie bowiem 14 osób, a w czerwcu 2014 roku – 13. Wzrósł zaś średni rzeczywisty czas oczekiwania z czterech do 26 dni (przypadki stabilne). (dowód: akta kontroli str. 92-121)

Prawidłowość danych zamieszczonych w raportach zweryfikowano na przykładzie czerwca 2014 roku. Analiza ta wykazała, iż dane w raporcie wynikały z zapisów na listach oczekujących na świadczenia, prowadzonych w wersji elektronicznej. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie obliczany jest automatycznie przez program komputerowy KS PPS, wykorzystywany w NZOZ Diagmedica do prowadzenia listy oczekujących. (dowód: akta kontroli str. 116, 122)

6.5. W kolejnych z lat 2012-2014 (do 30 czerwca) na wizytę do Poradni Kardiologicznej w wyznaczonym terminie nie zgłosiło się odpowiednio 16, 5 i 108 osób, a do Poradni Diabetologicznej nie stawiło się 20 świadczeniobiorców w 2012 roku i 25 w I połowie 2014 roku. Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił, że nie zorganizowano dodatkowego systemu przypominania pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty, ponieważ podczas wpisywania na listę wydaje się pacjentowi pisemną informację o wyznaczonej dacie wizyty. (dowód: akta kontroli str. 92-121, 131)

6.6. Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił, że w Zakładzie stosowano zasadę zapisywania na zwolnione terminy pacjentów z listy oczekujących, którzy wyrazili zgodę na przyspieszenie terminu wizyty. Natomiast, gdy pacjent nie zgłosił się w wyznaczonym terminie i nie zawiadomił wcześniej o rezygnacji z wizyty, na wolne terminy przyjmowano osoby, które w tym dniu zgłosiły się do poradni.

(dowód: akta kontroli str. 131-132)

6.7. Zgodnie z wymogami art. 47c ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w miejscu udzielania świadczeń wywieszono informację o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością. Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił, że osoby uprawnione do takiego przywileju były przyjmowane w dniu zgłoszenia, a w przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia w tym dniu, wyznaczano najbliższy wolny termin, w ciągu siedmiu dni od daty zgłoszenia się uprawnionego. (dowód: akta kontroli str. 42, 132)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2013-2014 NZOZ nie zapewnił pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, mimo obowiązku wynikającego z postanowień art. 23a

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 1447

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 57 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 31, 42)

Prezes Zarządu Centrum Medyczne Diagmedica wyjaśnił: *Nie zapewniono takiej możliwości z powodu braku technicznych możliwości oraz przesunięcia terminu wprowadzenia elektronicznej dokumentacji.* (dowód: akta kontroli str. 211)

2. W latach 2012-2013 w NZOZ nie prowadzono w formie papierowej list oczekujących na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych, zaś lista w wersji elektronicznej nie była prowadzona na bieżąco. W konsekwencji, oczekujących na świadczenie w Poradniach: Kardiologicznej i Diabetologicznej w 2012 roku wykazywano od lutego do maja, zaś w 2013 roku – od sierpnia do listopada.

(dowód: akta kontroli str. 92-115)

Na podstawie art. 20 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

Rejestratorka medyczna Ewelina K. wyjaśniła, że nie wiedziała, iż takie listy powinny być prowadzone. Dodała, że: *Pod koniec 2013 r. informatyk [...] wykonujący na rzecz NZOZ Diagmedica usługi związane z obsługą systemu informatycznego poinformował mnie, że takie listy powinny być prowadzone. Listy w postaci papierowej, dla wszystkich poradni funkcjonujących w NZOZ Diagmedica założono w styczniu 2014 r.*

(dowód: akta kontroli str. 134)

Odnosnie prowadzenia list oczekujących na świadczenia w wersji elektronicznej Ewelina K. wyjaśniła: *W tym okresie (lata 2012-2013) w NZOZ Diagmedica był system komputerowy umożliwiający prowadzenie list kolejkowych, część pacjentów została wpisana na listy, ale nie potrafię teraz powiedzieć kto dokonał wpisu. Część pacjentów nie została wpisana, ponieważ nikt mnie nie informował o konieczności wpisywania pacjentów na listy. Osoby zgłaszające się po raz pierwszy wpisywano do kalendarzy pod datą wyznaczenia wizyty. Wpisów dokonywałam ja oraz pielęgniarki [...]. Kalendarzy tych nie ma już w NZOZ Diagmedica, ponieważ nie podlegały one archiwizacji.*

(dowód: akta kontroli str. 134)

Pielęgniarka Marta Z. w wyjaśnieniach w sprawie prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii i diabetologii podała, że: *W tym okresie (lata 2012-2013) nie wszystkie osoby wprowadzano do systemu. Właściwie to nie jestem pewna czy lista elektroniczna była w tym czasie prowadzona. Pacjentów pierwszorazowych, oczekujących na wizytę, wpisywałam do kalendarza. Na podstawie zapisów z tego kalendarza informatyk przekazywał sprawozdania do NFZ. Natomiast odnośnie prowadzenia list w wersji papierowej stwierdziła: Ja takich list nie prowadziłam.*

(dowód: akta kontroli str. 125)

Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił: *W latach 2012-2013 prowadzono listy, które nie zawierały wszystkich niezbędnych danych. Pacjentów wpisywano do ksiąg rejestracji. Dokumentacja ta nie była archiwizowana.* (dowód: akta kontroli str. 210)

3. Listy oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne prowadzone w formie elektronicznej nie posiadały: danych identyfikacyjnych Zakładu i komórki organizacyjnej, kolejnych numerów wpisu, rozpoznania lub powodu przyjęcia pacjenta, adresów świadczeniobiorcy oraz numeru telefonu lub innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą, a także imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu. Stanowiło to naruszenie postanowień § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 11 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz art. 20 ust. 1 pkt 3 litery a, e, f, g, i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 84-87)

Rejestratorka medyczna Ewelina K. wyjaśniła: *Program komputerowy, w którym prowadzone są listy osób oczekujących na świadczenie nie zawierał danych identyfikacyjnych. Pracownicy NZOZ nie mogą wprowadzać zmian w tym programie". Adres i numer telefonu pacjenta znajdował się w kalendarzach, w których zapisywano wszystkich pacjentów, w tym zgłaszających się po raz pierwszy, dlatego nie wprowadzano tych danych na listę elektroniczną. Nie wiedziałam, że w liście należy wpisywać rozpoznanie lub powód przyjęcia pacjenta, a także podawać nazwisko osoby wpisującej pacjenta. Nie wiem czy takie dane można wprowadzić do programu.* (dowód: akta kontroli str. 123-124)

Prezes Zarządu Centrum Medyczne Diagmedica sp. z o.o. wyjaśnił: *Brak tych elementów wynikał z powodu niewpisywania tych danych przez pracowników NZOZ.* (dowód: akta kontroli str. 210-211)

Również listy oczekujących na świadczenie prowadzone od 2014 roku w formie papierowej nie zawierały części z wymaganych danych:

- spośród 395 skontrolowanych zapisów na liście Poradni Kardiologicznej, w żadnym nie było adresu i numeru telefonu pacjenta, rozpoznania lub przyczyny przyjęcia pacjentów, określenia stanu medycznego pacjenta (stabilny/pilny), informacji o skreśleniu z listy oczekujących, przyczynach skreślenia oraz czy i kiedy świadczenie zostało udzielone a w 271 przypadkach brakowało zaś godziny wpisu, w 88 – daty wpisu, a w 14 numeru porządkowego,
- z 40 przeanalizowanych zapisów na liście Poradni Diabetologicznej, w żadnym nie odnotowano adresu i numeru telefonu pacjenta oraz jego stanu medycznego (stabilny/pilny) a w 39 przypadkach – informacji o skreśleniu z listy oczekujących, przyczynach skreślenia oraz czy świadczenie zostało udzielone, a w 31 – godziny wpisu. (dowód: akta kontroli str. 88-91)

Stanowiło to naruszenie postanowień art. 20 ust. 1 pkt 3 litery a, b, e, f, g oraz pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rejestratorka Medyczna Ewelina K. wyjaśniła: *Nie wpisywano dat w tych przypadkach, gdy kolejne osoby zostały umówione na ten sam termin. Brak godzin wpisu oraz adresu pacjenta wynikał z przeoczenia, natomiast numery telefonów wpisywano w terminarzach, w których odnotowywano terminy wizyt wszystkich pacjentów (pierwsze i kolejne wizyty). Stan pacjenta podawano tylko w przypadkach pilnych, pozostałe przypadki dotyczyły pacjentów stabilnych. Informacje o skreśleniu i powodach skreślenia nie były podawane ponieważ w przypadku pacjentów, którym udzielono świadczenia program komputerowy wykorzystywany do prowadzenia listy elektronicznej, automatycznie przenosił pacjenta z listy oczekujących na listę osób, którym udzielono świadczenia. Pacjenci nie powiadamiali NZOZ o rezygnacji z wizyty, dlatego w liście papierowej nie odnotowywano skreśleń z tego powodu. Program komputerowy oznaczał osoby, które nie zgłosiły się na wizytę w wyznaczonym terminie i w takich przypadkach, w liście elektronicznej uzupełniano powody wykreślenia.* (dowód: akta kontroli str. 133)

Natomiast pielęgniarka Marta Z. wyjaśniła: *Nie wiedziałam, że do listy oczekujących na świadczenie należy wpisać adres i rozpoznanie oraz numer telefonu pacjenta. Brak numeracji oraz daty i godziny wpisu pacjenta wynikał najprawdopodobniej z przeoczenia. Nie widziałam, że w przypadku przyjęcia pacjenta należy wykreślić go z listy.* (dowód: akta kontroli str. 124)

Odpowiadając na pytanie, która lista, prowadzona w wersji elektronicznej czy papierowej, stanowiła podstawę do przekazywania NFZ raportów o liczbie osób oczekujących na świadczenie i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania, rejestratorka medyczna Ewelina K. podała: *Listy papierowe są dokumentami pomocniczymi, w oparciu o które uzupełniamy dane w listach prowadzonych elektronicznie. Natomiast na pytanie na jakiej podstawie w elektronicznych listach osób oczekujących na świadczenia w poradniach Kardiologicznej i Diabetologicznej w 2014 roku podawano godzinę wpisu pacjenta na listę, skoro dokumentacja*

pomocnicza – listy w wersji papierowej – nie zawierały takich danych, Ewelina K. wyjaśniła: *W styczniu 2014 r. elektroniczne listy osób oczekujących na świadczenia były prowadzone przez [...], żonę informatyka. [...] Ja zaczęłam prowadzenie listy w wersji elektronicznej od marca 2014 r. W przypadku pacjentów zapisywanych na listę w czerwcu 2014 r. godzinę wpisu podawałam w przybliżeniu, uwzględniając mój czas pracy w danym dniu. Program komputerowy uniemożliwia wprowadzenie pacjenta na listę elektroniczną bez podania godziny zapisu.*

(dowód: akta kontroli str. 134)

Pielęgniarka Marta Z. wyjaśniła: *W 2014 r. wszystkie osoby oczekujące na świadczenia były wprowadzane do systemu. Dlatego podstawę do przekazywania informacji NFZ stanowiła elektroniczna wersja listy. Na początku 2014 r., nie pamiętam od kiedy, pacjentów oczekujących na wizyty, na listę elektroniczną wpisywała Pani Marta [...]. Chyba od marca lub kwietnia 2014 r. ja wpisywałam pacjentów na tą listę.*

(dowód: akta kontroli str. 125)

Prezes Zarządu Świadczeniodawcy wyjaśnił, że braki w listach osób oczekujących, prowadzonych w wersji papierowej, wynikały z zaniedbania pracowników NZOZ Diagmedica. Stwierdził też, że w raportach do NFZ dane o liczbie osób oczekujących na świadczenie podawano na podstawie list prowadzonych w wersji papierowej.

(dowód: akta kontroli str. 211)

4. W latach objętych kontrolą kierownik NZOZ Diagmedica nie dokonywał okresowej, co najmniej raz w miesiącu, oceny listy oczekujących na świadczenia z zakresu kardiologii i diabetologii. Brak takich ocen stanowił naruszenie postanowień art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W złożonych wyjaśnieniach Kierownik podał: *Nie przeprowadzałem kontroli list oczekujących na świadczenie, ponieważ nie wiedziałem, że muszę to robić. Skoncentrowałem się na bieżącym funkcjonowaniu NZOZ.*

(dowód akta kontroli str. 211)

5. Raporty o liczbie oczekujących na świadczenia ambulatoryjne z zakresu kardiologii i diabetologii oraz o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania przekazywane NFZ, sporządzano na podstawie nierzetelnie prowadzonych list oczekujących. W konsekwencji nie odzwierciedlały one stanu faktycznego. Na niezgodność danych między sprawozdaniami przekazywanymi do NFZ a zapisami na liście oczekujących na świadczenia z zakresu kardiologii, zwrócił uwagę Konsultant Wojewódzki ds. kardiologii podczas kontroli NZOZ Diagmedica przeprowadzonej w marcu 2014 roku. Konsultant ustalił, że Świadczeniodawca w sprawozdaniu za styczeń 2014 roku nie wykazał osób oczekujących na świadczenie, podczas gdy zapisane były na niej 382 osoby.

(dowód: akta kontroli str. 63-72)

W sprawie sporządzania raportów dla NFZ o liczbie osób oczekujących na świadczenie i rzeczywistym czasie oczekiwania wyjaśnień udzielił Pan Andrzej M., wykonujący na rzecz Świadczeniodawcy usługi informatyczne. W wyjaśnieniach podał, że: *Raporty sporządzałem w oparciu o dane wprowadzone do programu przez pracowników NZOZ Centrum Medyczne Diagmedica, zarówno dotyczące kolejek jak i raportów statystycznych. Nie potrafię powiedzieć czy na listę oczekujących wprowadzano wszystkie osoby zgłaszające się po raz pierwszy.*

(dowód: akta kontroli str. 126, 143)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania oceny w tym obszarze, ze względu na nierzetelne prowadzenie list oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne, co uniemożliwia dokonanie obiektywnej oceny zapewnienia świadczeniobiorcom poszanowania zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do tych świadczeń. Negatywnie NIK ocenia zaś prowadzenie list oczekujących na te świadczenia.

7. Rozliczanie umów o ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne

Opis stanu faktycznego

7.1. W latach 2012-2014 Świadczeniodawca udzielał ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych na podstawie umowy z NFZ, zawartej 30 grudnia 2011 r. Do 30 czerwca 2014 r. umowa była zmieniana 25 razy, z których osiem dotyczyło ustalenia zobowiązania finansowego NFZ, sześć – harmonogramu udzielania świadczeń i zasobów, a trzy – zmiany podwykonawców. Dwie zmiany były związane z przedłużeniem okresu obowiązywania umowy na 2013 rok i 2014 rok.

(dowód: akta kontroli str. 144-159, 196-198)

7.2. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii były realizowane z udziałem pięciu podwykonawców, wymienionych w załączniku do umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zakres wykonywanych przez nich zadań opisano w pkt 2.4. wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 83, 175-177)

7.3. Ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych w 2012 roku udzielono 2.040 osobom, w 2013 roku – 2.484 osobom, a w I połowie 2014 roku – 1.256 pacjentom. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła w kolejnych latach 2.164 (18.277,50 jednostek rozliczeniowych), 2.627 (18.358 jednostek rozliczeniowych) i 1.285 (9.695,50 jednostek rozliczeniowych). Natomiast ambulatoryjnych świadczeń diabetologicznych udzielono kolejno 966, 1.186 i 654 pacjentom. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio 1.090, 1.263 i 689, o wartości 5.661, 6.949 i 4.058,50 jednostek rozliczeniowych. Wszystkie wykonane świadczenia zostały opłacone.

(dowód: akta kontroli str. 207-208)

Wiarygodność danych o liczbie osób i ilości świadczeń opieki zdrowotnej przedkładanych NFZ przez Świadczeniodawcę, zweryfikowano na przykładzie wizyt z zakresu diabetologii udzielonych w styczniu 2014 roku. Na podstawie dziennych zestawień przyjęć pacjentów ustalono, że w styczniu 2014 roku dwóch lekarzy diabetologów NZOZ udzieliło świadczeń 100 pacjentom. Wszystkie porady udzielone tym osobom wykazano w raporcie statystycznym za styczeń 2014 roku przesłanym NFZ w wersji elektronicznej. Po weryfikacji raportu NFZ opłacił wizyty 93 osób.

(dowód: akta kontroli str. 80, 208)

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu Świadczeniodawcy: *Różnica wynika z ilości zakontraktowanego ryczału, zaś nadwyżka stanowi nadwykonanie punktowe ponad kontrakt, nieopłacone przez NFZ. Zasadą jest, iż NFZ opłaca świadczenia ryczałtowo, w wysokości 1/12 wartości zakontraktowanych na świadczenia punktów.*

(dowód: akta kontroli str. 212)

7.4. W wyniku kontroli przeprowadzonej 21 stycznia 2012 r. przez pracowników NFZ, Świadczeniodawca zapłacił karę w wysokości 2.251,53 zł z powodu zmiany miejsca udzielania świadczeń bez zgody dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 61-62)

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

- 21 stycznia 2012 r. NFZ przeprowadził kontrolę realizacji umowy, która wykazała, że bez zgody dyrektora NFZ zmieniono miejsce udzielania świadczeń, na zewnątrz budynku, w którym udzielano świadczeń nie umieszczono tablicy ze znakiem graficznym NFZ, nie wywieszono też informacji o: lekarzach udzielających świadczeń, godzinach udzielania świadczeń, trybie składania skarg i wniosków, prawach pacjenta, zasadach zapisywania się na listę osób oczekujących na świadczenia.
- 18 marca 2014 r. kontrolę sposobu i prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni specjalistycznej (kardiologia), częstotliwości porad udzielanych średniorocznie jednemu statystycznemu pacjentowi oraz zasad i warunków udzielania świadczeń przeprowadził konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii oraz pracownicy NFZ. W toku kontroli stwierdzono wyższy od przeciętnej procent wizyt W11, co było podyktowane stylem pracy jednego z lekarzy, rzadkie zlecanie badań dodatkowych w postaci testów wysiłkowych (wykonywane w innej placówce), brak wpisów dotyczących rozpoznania lub powodu

przyjęcia pacjenta na liście oczekujących na świadczenia. Ponadto ustalono, iż dane o liczbie oczekujących na świadczenia, wg stanu na koniec stycznia 2014 roku, przedłożone NFZ, były niezgodne ze stanem faktycznym.

- 14 kwietnia 2014 r. kontrolę zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej przeprowadzili pracownicy Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku (kontrola nie wykazała nieprawidłowości).
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Białymstoku przeprowadził cztery kontrole. Ich wyniki przedstawiono w pkt 2.3. wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 61-72)

7.6. Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego nadzór merytoryczny nad działaniem NZOZ sprawuje Prezes Zarządu Świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 34)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

IV Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹³, wnosi o:

1. Dostosowanie prowadzenia ksiąg przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej do wymogów § 44 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Zapewnienie udzielania świadczeń medycznych w dniach i w godzinach ustalonych w umowie z NFZ.
3. Zorganizowanie prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii spełniających wymagania określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dokonywanie i dokumentowanie okresowych, co najmniej raz w miesiącu, ocen list oczekujących na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, zgodnie z wymogami art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Podjęcie działań zmierzających do umożliwienia pacjentom NZOZ Diagmedica zapisywania się na wizyty drogą elektroniczną.

V Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

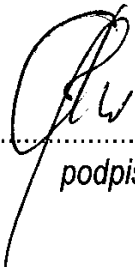
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

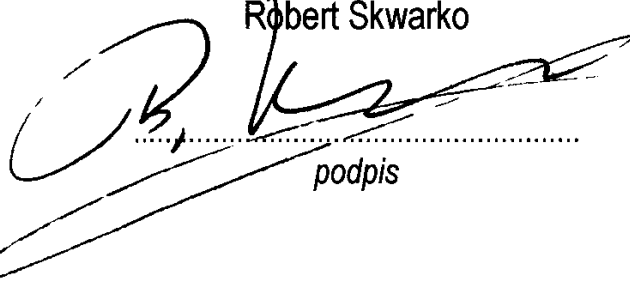
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 23 grudnia 2014 r.

Kontroler
Jerzy Chwiedosik
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

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


.....
podpis