



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-08/2014

P/14/063



04519414

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 91450 z dnia 9 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PULS D. W. Mejnster Spółka Jawna w Grajewie (19-203), ul Osiedle Południe 47 (zwany dalej: „NZOZ” lub „Zakładem”) (dowód: akta kontroli str. 3)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Danuta i Wiesław Mejnster – wspólnicy NZOZ (dowód: akta kontroli str. 4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację przez Zakład ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii w latach 2012–2014 (do 30 czerwca).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę tę uzasadnia w szczególności zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiednio przygotowanych pomieszczeń, specjalistycznej aparatury i badań, udzielanie świadczeń przez lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, w dniach i godzinach ustalonych w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (zwanym: „POW NFZ”), informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o zastosowanym leczeniu.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niepodaniu do wiadomości świadczeniobiorców informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne oraz o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju,
- nieodnotowywaniu w liście oczekujących na świadczenia kardiologiczne informacji wymaganych postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e, g i pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² oraz przyjmowaniu pacjentów w kolejności innej niż wynikająca ze zgłoszenia,
- niezapewnieniu pacjentom możliwości zapisywania się na wizytę drogą elektroniczną, mimo takiego obowiązku wynikającego z postanowień art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z art. 57 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³.

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

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

1.1. NZOZ funkcjonuje na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Stosownie do postanowień art. 5 ust. 1 tej ustawy świadczeniodawca i podmiot prowadzący zostały wpisane do Księgi Rejestrowej Nr 10996, prowadzonej przez Wojewodę Podlaskiego. (dowód: akta kontroli str. 4-27)

1.2. Według stanu na 23 września 2014 r. zapisy w Księdze Rejestrowej, dotyczące struktury organizacyjnej skontrolowanej jednostki były zgodne ze stanem faktycznym. Jej jednostkami organizacyjnymi były NZOZ oraz jego Filia zlokalizowana w Elku⁵. W skład NZOZ wchodziły poradnie kardiologiczna, kardiologii dziecięcej, medycyny pracy, medycyny sportowej, alergologiczna, diabetologiczna, zdrowia psychicznego, żywieniowa, poradnia kardiologiczna gabinet nr II, gabinety okulistyczny i diagnostyczno-zabiegowy oraz pracownie badań USG, echokardiografii, EKG i Holterowskich, prób wysiłkowych. (dowód: akta kontroli str. 7-27)

W latach 2012-2014 Zakład udzielał świadczeń zdrowotnych, z których środkami publicznymi – na podstawie umowy zawartej 30 grudnia 2011 r. z POW NFZ – finansowane były jedynie świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii.

W siedzibie NZOZ nie podano informacji o godzinach pracy poradni alergologicznej, diabetologicznej, żywieniowej, zdrowia psychicznego, medycyny pracy, medycyny sportowej i gabinetu okulistycznego oraz o lekarzach udzielających w tych poradniach świadczeń opieki zdrowotnej. (dowód: akta kontroli str. 94-108)

Kierownik NZOZ wyjaśnił: *Nie podawano informacji o dniach i godzinach pracy tych poradni, gdyż pacjenci byli umawiani indywidualnie, w godzinach dogodnych dla lekarza oraz pacjenta. Świadczenia w tych poradniach nie są udzielane w ramach kontraktu z NFZ.* (dowód: akta kontroli str. 81)

1.3. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) cele i zadania oraz strukturę organizacyjną Zakładu określały regulamin porządkowy i organizacyjny z 18 lipca 2008 r. oraz regulamin organizacyjny z 31 grudnia 2012 r., nadane odpowiednio przez Kierownika NZOZ i uchwałą wspólników Zakładu. Obowiązujący regulamin zawierał elementy określone w art. 24 ust. 1 pkt 1-13 ustawy o działalności leczniczej. W zakresie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych zapisano w nim między innymi, że:

- świadczenia udzielane są za 100% odpłatnością, a także na podstawie umów z płatnikami świadczeń medycznych,
- wysokość opłat za poszczególne świadczenia określona jest w cenniku, który znajduje się w miejscu ogólnie dostępnym w Zakładzie,
- świadczenia zdrowotne wykonywane są ze szczególną starannością przez personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach, a pomieszczenia, w których świadczenia są udzielane oraz wyposażenie i aparatura medyczna odpowiadają warunkom określonym w obowiązujących przepisach,
- pacjenci mogą się rejestrować osobiście, za pośrednictwem członków rodziny i osób trzecich oraz telefonicznie; w trakcie rejestracji ustalana jest data i godzina realizacji świadczenia,
- pacjentowi przysługuje prawo wyboru lekarza,
- pacjenci korzystający ze świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do okazania dowodu osobistego z numerem PESEL i wypełnienia kwestionariusza osobowego, a osoby korzystające ze świadczeń w ramach ubezpieczenia – do okazania dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.

⁵ Świadczenia zdrowotne udzielane w Filii NZOZ w Elku nie były objęte kontrolą NIK.

Ustalono nieprawidłowości Ocena częściowa	Informacje o zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych zamieszczono na tablicy ogłoszeń, w siedzibie NZOZ. (dowód: akta kontroli str. 33-34, 43, 116)
	1.4. Świadczeniodawca nie posiadał akredytacji i certyfikatów jakości, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶. (dowód: akta kontroli str. 7)
	1.5. Godziny pracy objętej kontrolą Poradni Kardiologicznej były zgodne z harmonogramem pracy ustalonym w umowie o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zawartej między NZOZ i POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 72)
	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości: Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację NZOZ.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasoby NZOZ (pomieszczenia, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt i aparaturę medyczną) zapewniały prawidłową realizację umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii, zawartej 30 grudnia 2011 r. z POW NFZ oraz w aneksach do tej umowy. (dowód: akta kontroli str. 41-42, 46, 48, 89)

2.2. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia działalności leczniczej 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: Świadczenia zdrowotne były udzielane w pięciu gabinetach i pracowniach lekarskich, zlokalizowanych w wydzielonej części pięciokondygnacyjnego budynku mieszkalnego. Wszystkie pomieszczenia posiadały łatwo zmywalną podłogę i ściany, naturalne i sztuczne oświetlenie oraz wentylację grawitacyjną, a gabinety nr 3, 4 i 6 – także wentylację mechaniczną. Były one wyposażone w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie i ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i kosze na śmieci, meble biurowe (biurka, krzesła, regały) oraz zestawy komputerowe (jednostka centralna, monitor, drukarka). Osobom niepełnosprawnym zapewniono dostęp do gabinetów lekarskich poprzez wykonanie podjazdu, a także zamontowanie szerokich drzwi bez progów. (dowód: akta kontroli str. 41-42)

2.3. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grajewie decyzją z 29 marca 2013 r. stwierdził, że pomieszczenia wykorzystywane przez NZOZ do udzielania ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych spełniały wymagania dla tego typu działalności, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Kontrole przeprowadzone przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w lipcu 2012 roku, w czerwcu 2013 roku i w maju 2014 roku nie wykazały nieprawidłowości. (dowód: akta kontroli str. 41-42, 48-51)

2.4. NZOZ zapewnił pacjentom dostęp do aparatury i sprzętu medycznego oraz badań, wymienionych w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸. Na wyposażeniu Poradni Kardiologicznej znajdowała się aparatura i sprzęt medyczny, wymieniony w umowie z POW NFZ, w tym dwa aparaty USG (jeden z głowicą wolumetryczną), dwa aparaty EKG, Holter ciśnieniowy. NZOZ dysponował także sprzętem, który nie został wymieniony w tej umowie, w tym zestawem do prób

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

⁷ Dz. U. z 2012 r. poz. 739

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413

wysiłkowych i bieżnią rehabilitacyjną. Aparatura była sprawna i posiadała aktualne przeglądy techniczne. (dowód: akta kontroli str. 44-46)

Realizacja ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych odbywała się przy współudziale jednego podwykonawcy – Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie, który wykonywał badania laboratoryjne, bakteriologiczne, RTG oraz endoskopię.

(dowód: akta kontroli str. 91-93)

2.5. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych udzielało czterech lekarzy, posiadających kwalifikacje określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W kolejnych z lat 2012-2014 (według stanu na 30 czerwca) tygodniowy czas pracy lekarzy wynosił 26 godzin, 5 godzin i 20 minut oraz 5 godzin (dwie osoby). (dowód: akta kontroli str. 89-90)

Analiza zapisów w księdze przyjęć Poradni Kardiologicznej dokonanych w czerwcu 2014 roku wykazała, że wszyscy lekarze udzielali świadczeń w dniach i w godzinach ustalonych w umowie z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 72)

2.6. Stosownie do wymogów § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹, w oknie Zakładu umieszczono tablicę ze znakiem graficznym NFZ, a także informację o telefonach alarmowych, godzinach przyjęć lekarzy oraz rodzajach udzielanych konsultacji i badań (z podaniem nazwisk lekarzy), a także zasady zapisywania się na wizyty. Natomiast na tablicy ogłoszeń w poczekalni pacjentów wywieszono informacje o trybie składania skarg i wniosków, prawach pacjenta, adresie i numerze telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta, numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia. (dowód: akta kontroli str. 42-43)

2.7. NZOZ posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰, wysokość ubezpieczenia opiewała na kwotę 75.000 euro, w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia.

(dowód: akta kontroli str. 47)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niepodaniu do wiadomości świadczeniobiorców informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenia oraz o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju. Stanowiło to naruszenie postanowień § 11 ust. 4 pkt 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz art. 47c ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kierownik NZOZ wyjaśnił: *W dniu przeprowadzania oględzin, kartka z takimi informacjami spadła z tablicy informacyjnej i została za biurkiem.* (dowód: akta kontroli str. 43, 81)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie posiadanie przez NZOZ zasobów do realizacji umowy z POW NFZ o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała wpływu na tę ocenę.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Analiza 15 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 35-65 lat, którym w czerwcu 2014 roku udzielono świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 484

¹⁰ Dz. U. Nr 293, poz. 1729

	z zakresu kardiologii wykazała, że we wszystkich kartach znajdowały się informacje o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej. W 14 przypadkach pacjentowi wydano przeznaczoną dla lekarza rodzinnego informację o rozpoznaniu i zastosowanym leczeniu, zaś w jednym przypadku pacjent znajdował się w trakcie diagnostyki. (dowód: akta kontroli str. 86-87)
Ustalone nieprawidłowości Ocena częściowa	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współpracę lekarzy NZOZ z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.
Opis stanu faktycznego	4. Prowadzenie dokumentacji medycznej 4.1. Do prowadzenia dokumentacji medycznej, zbiorczej i indywidualnej (księga przyjęć, karty historii zdrowia i choroby) NZOZ wykorzystywał program komputerowy „Gabinet i Planer”, firmy ZdrowePodlasie.pl. Program ten umożliwiał również wystawianie recept i kart informacyjnych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Karty historii zdrowia i choroby założone przed 2012 rokiem prowadzono także w wersji papierowej. (dowód: akta kontroli str. 85, 88) 4.2. Analiza zapisów w Księdze przyjęć Poradni Kardiologicznej w styczniu i w czerwcu 2014 roku oraz 15 kart historii zdrowia i choroby pacjentów tej poradni wykazała, że dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹. (dowód: akta kontroli str. 85-87) Księga przyjęć Poradni Kardiologicznej została opatrzona danymi identyfikującymi NZOZ wraz ze wskazaniem adresu, numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego oraz komórki organizacyjnej. Badanie 1.138 zapisów wprowadzonych w styczniu i w czerwcu 2014 roku wykazało, że zawierały one dane wymagane postanowieniami § 44 powołanego rozporządzenia, tj. kolejny numer wpisu, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia oraz rodzaj świadczenia. (dowód: akta kontroli str. 85) 4.3. Analiza prowadzonych w formie elektronicznej 15 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 35-65 lat (53,4% kobiet i 46,6% mężczyzn), którym w czerwcu 2014 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii wykazała, że we wszystkich kartach znajdowały się informacje dotyczące badania podmiotowego, zleconych badań diagnostycznych, wyników badań, przepisanych leków i rozpoznania choroby. Wpisy zostały opatrzone podpisem lekarza. Wszystkie karty zawierały także wywiad o ogólnym stanie zdrowia pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 86-87)
Ustalone nieprawidłowości Ocena częściowa	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie prowadzenie dokumentacji medycznej w NZOZ.
Opis stanu faktycznego	5. Przechowywanie dokumentacji medycznej 5.1. Dokumentację medyczną prowadzono w formie elektronicznej (karty zdrowia i choroby także w wersji papierowej). Zapewniono właściwe środki zabezpieczenia tej dokumentacji, w tym przed dostępem osób nieuprawnionych. Dokumentację w wersji elektronicznej przechowywano na serwerze zlokalizowanym w siedzibie NZOZ, a kopie zapasowe na serwerze firmy ZdrowePodlasie. Dostęp do tej dokumentacji, za pośrednictwem komputerów znajdujących się w gabinetach, posiadali wszyscy lekarze Zakładu udzielający świadczeń. Komputery zostały zabezpieczone hasłem. Z kolei karty historii zdrowia i choroby sporządzone w formie papierowej przechowywano w boksach, w pomieszczeniu przeznaczonym dla personelu NZOZ. Ponadto w Zakładzie zainstalowano monitoring – kamery oraz czujniki ruchu. (dowód: akta kontroli str. 88)

¹¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177

	5.2. Na tablicy ogłoszeń, w siedzibie NZOZ, wywieszono informację o możliwości udostępnienia pacjentom dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu. (dowód: akta kontroli str. 88)
Ustalono nieprawidłowości	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
Ocena częściowa	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie stosowane w NZOZ sposoby zabezpieczenia dokumentacji medycznej.
	6. Dostępność ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i prowadzenie list oczekujących na te świadczenia
Opis stanu faktycznego	6.1. W latach objętych kontrolą w NZOZ zapewniono pacjentom dostęp do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu kardiologii. Analiza czasu pracy lekarzy przeprowadzona na przykładzie świadczeń udzielonych w czerwcu 2014 roku wykazała, że były one udzielane zgodnie z harmonogramem ustalonym w umowie z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 72)
	6.2. Zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego NZOZ, rejestracja pacjentów odbywała się na podstawie osobistego zgłoszenia, za pośrednictwem osób trzecich oraz telefonicznie, każdego dnia pracy Zakładu. Prowadzenie list oczekujących na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej należało do pięciu pielęgniarek. W siedzibie NZOZ nie wywieszono informacji o sposobach zapisania się na listę oczekujących na świadczenia, co szerzej opisano w pkt 2 wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 33, 43, 74)
	6.3. Listę oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne prowadzono w formie elektronicznej, w programie „Planer”, firmy ZdrowePodlasie. Program ten, za pośrednictwem modułu „Gabinet”, umożliwiał kompleksową obsługę wizyt lekarskich. Analiza 104 zapisów dotyczących pacjentów wpisanych w styczniu i w czerwcu 2014 roku na listę oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii wykazała, że: • lista została opatrzona danymi identyfikującymi, zgodnie z wymogami § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, • wszystkie zbadane pozycje zawierały kolejny numer zapisu, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy oraz jego nr PESEL i adres zamieszkania, termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, a także wskazanie kategorii medycznej pacjenta (pilny/stabilny), • rozpoznanie lub powód przyjęcia wpisano w siedmiu przypadkach, zaś numer telefonu pacjenta – w 36 przypadkach, • z listy oczekujących skreślono wszystkich 104 analizowanych pacjentów, wskazując datę i przyczynę skreślenia (81 osób z powodu udzielenia świadczenia). (dowód: akta kontroli str. 73-74)
	6.4. NZOZ, 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 osób oczekujących na świadczenie i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania. I tak: • według stanu na koniec grudnia 2012 roku na świadczenia opieki zdrowotnej oczekiwało 128 pacjentów stabilnych i dwóch pacjentów w stanie pilnym, natomiast średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 43 i jeden dzień,

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 1447

- na 31 grudnia 2013 r. na świadczenia oczekiwało 193 pacjentów stabilnych i jeden w stanie pilnym, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 76 i cztery dni,
- na koniec czerwca 2014 roku na świadczenia oczekiwało 67 pacjentów stabilnych i dwóch w stanie pilnym, zaś średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 130 i trzy dni. (dowód: akta kontroli str. 76-77)

Wyjaśniając przyczyny wzrostu liczby oczekujących na świadczenia oraz czasu oczekiwania Kierownik Zakładu podał, że: *Z końcem roku kończy się limit przyznanych punktów i pacjenci są zapisywani na coraz późniejsze terminy. Na wzrost liczby oczekujących pacjentów ma wpływ także liczba skierowań wystawionych przez lekarzy.* (dowód: akta kontroli str. 83)

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie obliczany jest automatycznie przez program komputerowy firmy ZdrowePodlasie, wykorzystywany przez Świadczeniodawcę do prowadzenia listy oczekujących. (dowód: akta kontroli str. 117)

Zgodność danych w raportach z zapisami na liście oczekujących na świadczenia omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

6.5. W kolejnych z lat 2012-2014 (do 30 czerwca) w wyznaczonym terminie na wizytę nie zgłosiło się 111, 120 i 87 osób, co stanowiło odpowiednio 6,1%, 7,1% i 7,3% pacjentów znajdujących się pod opieką Zakładu. Jak wyjaśnił Kierownik NZOZ, nie zorganizowano systemu przypominania pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty z powodu niedostatecznego finansowania. W każdym przypadku informuje się pacjenta o zmianie terminu wizyty z przyczyn leżących po stronie NZOZ. (dowód: akta kontroli str. 76, 79, 82)

6.6. W NZOZ nie wywieszono informacji o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością, co opisano w pkt 2 wystąpienia pokontrolnego. Kierownik NZOZ wyjaśnił: *Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń poza kolejnością są przyjmowane po osobach zakwalifikowanych jako pilne, ale przed pacjentami w stanie stabilnym. W przypadkach objawowych pacjenci załatwiani są w trybie nagłym, tego samego dnia.* (dowód: akta kontroli str. 81)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne nie były udzielane wg kolejności zgłoszenia pacjentów, co wykazała analiza terminów wyznaczania świadczeń 10 osobom zapisanym na listę oczekujących w styczniu 2014 roku oraz osobom, którym udzielono świadczeń 20 czerwca 2014 r. Ustalono bowiem, że:
 - na 29 kwietnia 2014 r. wyznaczono termin udzielenia świadczenia pacjentowi wpisanemu na listę oczekujących 3 stycznia 2014 r., a na 24 kwietnia 2014 r. (5 dni wcześniej) – pacjentowi zapisanemu 8 stycznia 2014 r.,
 - na 23 maja 2014 r. wyznaczono wizytę pacjentowi zapisanemu 3 stycznia 2014 r., zaś wcześniej, tj. na 24 kwietnia oraz 13 i 15 maja 2014 r. – pacjentom zapisanym 8, 20, 23 i 24 stycznia 2014 r.,
 - na 18 czerwca 2014 r. wyznaczono termin wizyty pacjentowi zapisanemu 20 stycznia 2014 r., a na 13 i 15 maja 2014 r. (ponad miesiąc wcześniej) – pacjentom zapisanym 23 i 24 stycznia 2014 r.,
 - na 20 czerwca 2014 r. wyznaczono wizytę pacjentom zapisanym 15, 20 i 21 stycznia 2014 r., tj. po pacjentach wpisanych na listę 20, 23 i 24 stycznia 2014 r., którym świadczeń udzielono 13 i 15 maja oraz 18 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 74-75)

Stanowiło to naruszenie art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zobowiązującego do udzielania świadczeń wg kolejności zgłoszenia pacjentów.

Kierownik NZOZ wyjaśnił: *Głównym powodem różnic w datach wyznaczenia terminu świadczenia były preferencje pacjentów co do wyboru lekarza (wybór między czterema lekarzami), a także możliwości stawienia się pacjenta w wyznaczonym dniu.* (dowód: akta kontroli str. 82)

2. Spośród 104 zapisów umieszczonych na liście oczekujących w styczniu i czerwcu 2014 roku, w 97 nie podano rozpoznania lub powodów przyjęcia pacjentów, a w 68 – numeru telefonu świadczeniobiorcy. Brak tych elementów stanowił naruszenie postanowień art. 20 ust. 2 pkt 3 lit e, g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczył też o nierzetelnie realizowanym przez Kierownika NZOZ obowiązku oceny listy oczekujących, wynikającym z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kierownik NZOZ wyjaśnił, że: *Brak takich informacji wynikał z przeoczenia pielęgniarek, spowodowanego barkiem czasu. Pracują dwie pielęgniarki, ale przy dużej liczbie pacjentów nie zawsze udaje się wpisać wszystkie dane.*

(dowód: akta kontroli str. 73-74, 82)

3. Analiza zapisów zamieszczonych w styczniu i w czerwcu 2014 roku na listach oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne wykazała, że pielęgniarki NZOZ odpowiedzialne za prowadzenie tych list usuwały z nich dane pacjentów, którzy nie zgłosili się na wizyty w wyznaczonym terminie. Stanowiło to naruszenie postanowień art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl których świadczeniodawca wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej listy oczekujących. W konsekwencji dane o liczbie oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne i o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania przekazane POW NFZ w raportach za styczeń i czerwiec 2014 roku nie pokrywały się z danymi wynikającymi z listy oczekujących prowadzonej w NZOZ i uniemożliwiły ocenę rzetelności przekazywanych raportów. I tak:

- w raporcie za styczeń 2014 roku podano, że na świadczenia oczekiwało 177 pacjentów w stanie stabilnym i dwóch w stanie pilnym, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 123 i osiem dni, podczas gdy w tym czasie na liście oczekujących było zapisanych 151 pacjentów stabilnych i dwóch w stanie pilnym, zaś czas oczekiwania wynosił odpowiednio 89 i pięć dni,
- w raporcie za czerwiec 2014 roku podano, że na świadczenia oczekiwało 67 pacjentów stabilnych i dwóch pilnych, a czas oczekiwania wynosił odpowiednio 130 i trzy dni, chociaż w tym czasie na liście oczekujących było zapisanych 60 pacjentów stabilnych i dwóch pilnych, zaś czas oczekiwania wynosił odpowiednio 132 i osiem dni. (dowód: akta kontroli str. 78)

Kierownik NZOZ wyjaśnił: *Powodem rozbieżności jest brak danych personalnych pacjentów, którzy zostali usunięci z systemu, a nie wykreśleni z listy. Usunięcie z systemu dotyczyło osób, które nie zgłosiły się na wizyty w wyznaczonym terminie. Pielęgniarka usuwając dane pacjenta spowodowała brak tych danych w aktualnej wersji listy. Skutkiem tego generowanie raportu za styczeń i czerwiec 2014 r. nie uwzględnia tych pacjentów. Na dzień sporządzania raportów do NFZ osoby te widniały na liście oczekujących na świadczenia i zostały ujęte w raportach. Wykreślenie pacjentów z listy powoduje, że są oni nadal uwidocznieni na liście, mimo że nie zgłosili się na wizytę.* (dowód: akta kontroli str. 84)

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

	Kierownik NZOZ wyjaśnił: <i>Nie zapewniono takiej możliwości z powodu braku technicznych uwarunkowań zapewnienia bezpiecznego funkcjonowania systemu rejestracji. Obecnie trwają prace informatyczne do wdrożenia tego systemu, prowadzone przez firmę ZdrowePodlasie zapewniającą NZOZ obsługę informatyczną.</i> (dowód: akta kontroli str. 33, 81)
Uwagi dotyczące badanej działalności	Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, na utrudniony dostęp nowych pacjentów do świadczeń kardiologicznych, wynikający z wydłużenia czasu oczekiwania na te świadczenia (z 43 dni na koniec 2012 roku do 130 dni na 30 czerwca 2014 r.) oraz na znaczny odsetek pacjentów niezgłaszających się na umówione wizyty, co szczegółowo przedstawiono w pkt 6.4. i 6.5. wystąpienia pokontrolnego. W takiej sytuacji dobrą praktyką byłoby wprowadzenie w NZOZ systemu przypominania pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty. Stworzyłoby to możliwość uzyskania wcześniejszej informacji o niestawieniu się pacjenta na umówioną wizytę i udzielenie w terminie wcześniejszym świadczenia innym oczekującym, co przyczyniłoby się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia kardiologiczne.
Ocena częściowa	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, dostępność do ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i badań diagnostycznych udzielanych przez NZOZ.
Opis stanu faktycznego	7. Rozliczanie umów o ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne zawartych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia 7.1. W latach 2012-2014 NZOZ udzielał ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych na podstawie umowy z POW NFZ zawartej 30 grudnia 2011 r. Do 30 czerwca 2014 r. umowa była zmieniana 17 razy, z których trzy dotyczyły zmian wysokości zobowiązania finansowego POW NFZ, kolejne trzy harmonogramu udzielania świadczeń i zasobów, zaś dwie – przedłużenia okresu obowiązywania umowy. (dowód: akta kontroli str. 108) 7.2. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii były realizowane z udziałem jednego podwykonawcy, wymienionego w załączniku do umowy zawartej z POW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zakres wykonywanych przez niego świadczeń opisano w pkt 2.3. wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 91-93) 7.3. Pod opieką Poradni Kardiologicznej znajdowało się 1.825 świadczeniobiorców w 2012 roku, 1.685 w 2013 roku i 1.184 w I połowie 2014 roku. Udzielono im odpowiednio 9.952, 7.231 i 3.485 świadczeń, tj. równowartość kolejno 51.618,50, 55.367 i 3.487 punktów rozliczeniowych (cena jednego punktu 9,50 zł). (dowód: akta kontroli str. 79) Aneks Nr 9 z 7 lutego 2013 r. dokonano ostatecznego rozliczenia umowy za 2012 rok, zaś rozliczenie umowy za 2013 rok nastąpiło 6 lutego 2014 r. (aneks Nr 16). W obu przypadkach strony postanowiły, że ustalone kwoty wyczerpują wszelkie roszczenia Zakładu wobec POW NFZ z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. W latach 2012-2013 POW NFZ zapłacił NZOZ odpowiednio 486.485,50 zł i 525.986,50 zł, co odpowiadało 51.209 oraz 55.367 jednostkom rozliczeniowym. Do 30 czerwca 2014 r. POW NFZ opłacił 26.534,50 z 28.463 jednostek rozliczeniowych zrealizowanych przez NZOZ. (dowód: akta kontroli str. 109-115) Rzetelność danych o zrealizowanych świadczeniach wykazywanych w raportach dla NFZ sprawdzono na przykładzie specjalistycznych świadczeń drugiego typu (badania laboratoryjne, USG) wykonanych w czerwcu 2014 roku. Liczba wykonanych badań (20) była zgodna z liczbą wykazaną w raporcie. (dowód: akta kontroli str. 80) 7.4. W latach objętych kontrolą NZOZ nie był obciążany karami związanymi z realizacją umowy zawartej z POW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 52-61) 7.5. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) NZOZ był pięciokrotnie kontrolowany. I tak: 25 marca 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii skontrolował w Zakładzie sposób i prawidłowości prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni specjalistycznej, częstotliwość porad udzielanych

średniorocznie jednemu statystycznemu pacjentowi oraz zasady i warunki udzielania świadczeń. Konsultant pozytywnie ocenił pracę NZOZ. W toku kontroli stwierdzono jednak uchybienia polegające na nieprzestrzeganiu zasady wpisywania pacjenta na pierwszy wolny termin oraz na niewskazywaniu na liście osób oczekujących na świadczenie rozpoznania lub powodu przyjęcia świadczeniobiorcy.

(dowód: akta kontroli str. 52-61)

- W sierpniu 2013 r. pracownicy Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku przeprowadzili kontrolę zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami określającymi warunki wykonywania tej działalności w okresie od 1 lipca 2011 r. do 21 sierpnia 2013 r. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na prowadzeniu dokumentacji technicznej 17 aparatów medycznych niezgodnie z wymogami art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹³. Ustalono też, iż wg stanu na 21 sierpnia 2013 r. działalności nie podjęły poradnie alergologiczna, diabetologiczna, zdrowia psychicznego i żywieniowa, wpisane do Księgi rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Podlaskiego. Jak oświadczyła Danuta Mejzner wspólnik spółki prowadzącej NZOZ, poradnie te miały rozpocząć działalność we wrześniu 2013 roku. (dowód: akta kontroli str. 62-70)
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grajewie przeprowadził trzy kontrole, co szczegółowo opisano w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 51)

7.6. Zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego nadzór merytoryczny nad działalnością NZOZ sprawuje kierownik tej jednostki. (dowód: akta kontroli str. 37)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia pacjentom NZOZ możliwości zapisania się na wizytę drogą elektroniczną.
2. Prowadzenie i dokumentowanie comiesięcznej oceny list osób oczekujących na świadczenia, o której mowa w art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zapewnienia prowadzenia listy oczekujących na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne w sposób zgodny z wymogami powołanej ustawy.

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. Nr 107, poz. 679 ze zm.

¹⁴ 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.

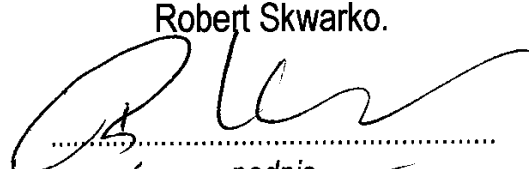
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

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

