



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-24-04/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice

T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30

lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/12/124 – Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler Michał Kapek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83555 z dnia 19 listopada 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Gierałtowskiego 29, 41-700 Ruda Śląska¹.

Kierownik jednostki kontrolowanej Marzanna Iwińska - Mielniczuk, kierownik.

(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie² działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2010-2012 (do czasu zakończenia kontroli).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Negatywną ocenę uzasadniają:

1. Nieprowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczeń stomatologicznych innych niż w zakresie leczenia protetycznego;
2. Udzielenie świadczeń z zakresu leczenia protetycznego 8 pacjentom z pominięciem kolejności wynikającej z listy oczekujących;
3. Wykazanie w dwóch miesięcznych raportach statystycznych za miesiące wrzesień i październik 2012 r., danych niezgodnych ze stanem faktycznym w pozycjach „liczba oczekujących” oraz „rzeczywisty czas oczekiwania”;
4. Udostępnianie świadczeniobiorcom niepełnych informacji o zasadach udzielania świadczeń stomatologicznych i prawach pacjenta.

¹ Zwana dalej „SPZOZ” lub „Przychodnia”.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Realizacja przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo stomatologiczne, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia

Opis stanu
faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą, opiekę dentystyczną sprawowano w SPZOZ w zakresie „Świadczenia ogólnostomatologiczne” na podstawie:

1. umowy nr 121/101233/07/2009 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne z dnia 29 stycznia 2010 r., aneksu nr 1/07/2010 oraz aneksu nr 2/07/2010 z 3 marca 2010 r. w sprawie zobowiązania świadczeniodawcy do wykonywania ww. umowy zgodnie z zasadami oraz na warunkach określonych w szczególności w Zarządzeniu nr 59/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 2 listopada 2009 r. ze zmianami – dot. roku 2010;
2. umowy nr 121/101233/07/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne z dnia 28 stycznia 2011 r. oraz 2 aneksów: nr 1.07/2011 z tego samego dnia i nr 2/07/2011 z 15 kwietnia 2011 r. uwzględniających zmiany w przepisach zawartych w Zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. – dot. roku 2011;
3. umowy nr 121/101233/07/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne z dnia 11 stycznia 2012 r. – dot. roku 2012 oraz aneksu nr 1/07/2012.

(dowód: akta kontroli str. 4-8, 13-16, 23-25)

Z wyjątkiem roku 2010, w dwóch pozostałych latach liczba jednostek rozliczeniowych była taka sama i wynosiła po 51 000 punktów (tj. po 4 250 punktów miesięcznie). W 2010 r. była o 11 922 punkty mniejsza i wynosiła 39 078 (tj. po 3 256 punktów w okresie od stycznia do czerwca i po 3 257 w pozostałych miesiącach). W całym okresie objętym kontrolą cena jednostkowa wynosiła 1,08 zł za punkt. W związku z powyższym, w latach 2011 i 2012 kwota umowy w całym okresie rozliczeniowym wynosiła 55 080,00 zł (tj. 4 590,00 zł miesięcznie), a w 2010 r. była o 12 875,76 zł niższa i wynosiła 42 204,24 zł (tj. po 3 516,48 zł w okresie od stycznia do czerwca i po 3 517,56 zł w pozostałym okresie).

(dowód: akta kontroli str. 9, 17, 29)

Personel poradni stomatologicznej stanowiły 2 osoby zatrudnione w wymiarze ½ etatu: lekarz stomatolog oraz pomoc dentystyczna. Dostępność udzielanych świadczeń stomatologicznych w SPZOZ uległa zwiększeniu: z 10 godzin tygodniowo w 2010 r. do 15 godzin tygodniowo w latach 2011 i 2012. Zgodnie z przyjętym harmonogramem, świadczeń stomatologicznych udzielano:

1. w roku 2010 – we wtorki i w piątki w godz. od 8.00 do 11.00 oraz w czwartki w godz. od 14.00 do 18.00;
2. w roku 2011 – w poniedziałki i w piątki w godz. od 8.00 do 13.00 oraz w środy w godz. od 13.00 do 18.00;
3. w roku 2012 – w poniedziałki i w piątki w godz. od 8.00 do 13.00 oraz we wtorki w godz. od 13.00 do 18.00.

Będący na wyposażeniu gabinetu stomatologicznego sprzęt medyczny (lampa polimeryzacyjna, stanowisko stomatologiczne oraz wstrząsarka do amalgamatu) był zgodny z wykazanym w załączniku nr 2 „*Harmonogram – zasoby*” do poszczególnych umów z NFZ. Jednego z wykazanych w ww. załączniku elementów wyposażenia – skalera – w gabinecie brakowało.

Zgodnie z oświadczeniem z-cy kierownika przychodni, w dniu przeprowadzenia oględzin gabinetu stomatologicznego, skaler znajdował się w naprawie.

(dowód: akta kontroli str. 10-10a, 18-19, 26-27, 30-34, 39)

W latach 2010-2012, świadczenia w zakresie stomatologicznych zdjęć RTG oraz protetyki wykonywały 2 firmy zewnętrzne (podwykonawcy), których dane każdorazowo wykazywano w załącznikach nr 3 do każdej z umów.

(dowód: akta kontroli str. 11, 20, 28)

Świadczeniodawca posiadał aktualną opinię stacji sanitarno-epidemiologicznej dotyczącą warunków lokalowych. Dokonał również obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z wymogiem określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 35-38)

1.2. Pomieszczenia, w których udzielane były świadczenia, oznakowano zgodnie z wytycznymi NFZ i przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*³. Tablica z logo NFZ oraz pełna nazwa placówki zamieszczone były na zewnątrz budynku, w widocznym miejscu, przy wejściach do budynku przychodni.

Karta Praw Pacjenta oraz tablica ogłoszeń (na której umieszczono m.in. adres oraz nr telefonu do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz działającego tam Rzecznika Praw Pacjenta) zawieszono w poczekalni, w ogólnie dostępnym miejscu.

W żadnym z ogólnodostępnych miejsc na terenie przychodni nie zamieszczono numeru bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, co opisano w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości, w pkt 1.

Informacja o godzinach przyjęć pacjentów wywieszona była przy prowadzącym do gabinetu stomatologicznego wejściu od zewnątrz budynku oraz przy drzwiach gabinetu. Wykaz gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty sporządzony był w formie skoroszytu i znajdował się w „repcji” gabinetu dentystycznego.

1.3. Księgę przyjęć, o której mowa w § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁴, prowadzono w poradni stomatologicznej SPZOZ tylko w formie elektronicznej, przy pomocy systemu komputerowego „mMedica” wersja 3.2.5.3452 firmy „Asseco” - raport „*Księga przyjęć – poradni stomatologicznej*”. Zawierała ona następujące elementy: oznaczenie podmiotu; numer kolejny wpisu; datę zgłoszenia się pacjenta; imię i nazwisko, numer PESEL oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta; oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego;

³ Dz. U. Nr 81, poz. 484 zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie warunków umów”.

⁴ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego oraz imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. Przedmiotowa księga nie zawierała dwóch elementów, tj. podpisu osoby dokonującej wpisu oraz godziny zgłoszenia się pacjenta, co opisano w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości, w pkt 2.

(dowód: akta kontroli str. 48-53)

Na podstawie analizy zapisów zawartych w użytkowanym w przychodni systemie komputerowym „mMedica” („Raport z wykonanych świadczeń” w okresie od 1 stycznia 2010 do 31 grudnia 2011 oraz od 1 stycznia do 31 października 2012 r.), ustalono, że świadczenia stomatologiczne udzielane były również w dniach nieprzewidzianych w poszczególnych harmonogramach, tj.

- w roku 2011 we wtorki w dn. 16, 23 i 30 sierpnia; 6, 13, 20 i 27 września; 4, 11, 18 i 25 października; 8, 15, 22 i 29 listopada oraz 6, 13, 20 i 27 grudnia;
- w roku 2012 w środy w dn. 4 kwietnia i 20 czerwca.

(dowód: akta kontroli str. 59-61)

Jak wyjaśniła lekarz dentysta, udzielanie świadczeń w roku 2011 we wtorki było zgodne z harmonogramem, gdyż zmiana dni urzędowania od 15 sierpnia 2011 r. została zgłoszona i zaakceptowana przez NFZ. W przypadku roku 2012 podała, że udzielenie świadczeń w środę 4 kwietnia było spowodowane awarią unitu stomatologicznego, w związku z czym zapisani wcześniej pacjenci (z uwagi również na fakt, że był to okres przedświąteczny) przyjęci zostali w dodatkowym dniu. Odnośnie środy 20 czerwca, lekarz dentysta podała, że „(...) wykonując mandat Radnego Miasta Ruda Śląska uczestniczyłam w posiedzeniu Komisji Zdrowia i sesji Rady Miasta, w związku z tym, że spotkania te zostały zwołane w trybie pilnym, a na dzień 19.VI miałam już zapisanych Pacjentów, poinformowałam ich telefonicznie o zmianie terminu na 20 czerwca. Mając na uwadze dobro Pacjentów naszej poradni i przyjmowanie Ich na bieżąco, bez zbędnej zwłoki, analogicznie jak w poprzednim przypadku byłam w pracy w dodatkowym terminie.”

(dowód: akta kontroli str. 40, 42-47)

1.4. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

W okresie objętym kontrolą, prowadzona w formie elektronicznej za pomocą programu komputerowego „mMedica” lista kolejkowa, dotyczyła jedynie świadczeń z zakresu leczenia protetycznego. Dla pozostałych świadczeń stomatologicznych listy oczekujących nie prowadzono.

Jak wykazała kontrola, w latach 2010-2012, ośmiu pacjentom udzielono świadczeń z zakresu leczenia protetycznego niezgodnie z kolejnością przyjęć wynikającą z ww. listy oczekujących.

Ponadto, zasady ustalające kolejność dostępu do udzielanych świadczeń stomatologicznych nie były podane do ogólnej wiadomości pacjentów, co opisano w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości w pkt 3, 4 i 5.

⁵ Dz. U. z 2012 r. poz. 159 zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

Odnośnie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu protetyki (świadczenia dla którego prowadzono listę oczekujących) lekarz stomatolog poinformowała, że „(...) obecnie realizujemy pacjentów oczekujących od roku 2008; średni czas oczekiwania wynosi ok. 40 miesięcy.”

(dowód: akta kontroli str. 54, 66-74, 98)

1.5. Zgodnie z informacją przekazaną przez lekarza dentystę, w gabinecie stomatologicznym przyjęto metodę telefonicznego powiadamiania świadczeniobiorcy o terminie wykonania usługi. Jak zaznaczono „(...) Ewentualne zmiany terminów są zawsze na wniosek Pacjenta (...)”

Pisemnie nie informowano pacjentów o terminie udzielania świadczenia, co opisano w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości, w pkt 6.

(dowód: akta kontroli str. 66-69)

1.6. W okresie od 1 stycznia 2010 do 31 października 2012 r., wpisów do prowadzonej w poradni stomatologicznej SPZOZ listy oczekujących na udzielenie świadczenia „leczenie protetyczne”, dokonywano jedynie w dniach pracy gabinetu dentystycznego. W pozostałych dniach, na przedmiotową listę świadczeniobiorców, wpisów nie wprowadzano.

Jak poinformowała lekarz stomatolog, wpisywanie pacjentów do kolejki protetycznej poprzedzone było wstępnym badaniem, (oględzinami kwalifikującymi) wykonanym przez lekarza stomatologa.

(dowód: akta kontroli str. 66, 68, 75-77)

1.7. Obowiązki dotyczące odpowiedzialności za prowadzenie list oczekujących, nie zostały wskazane wprost ani w zakresie czynności lekarza dentysty ani pomocy dentystycznej. Nie mniej jednak, jednym z zadań lekarza dentysty było *prowadzenie obowiązującej dokumentacji lekarskiej i sprawozdawczo-statystycznej*, a pomocy dentystycznej – *regulowanie ruchem pacjentów w gabinecie dentystycznym*.

Jak wyjaśniła lekarz dentysta „Osobą odpowiedzialną za kolejkę oczekujących jest lekarz stomatolog; wpisu do tej kolejki dokonuje lekarz stomatolog ewentualnie pomoc stomatologiczna.”

(dowód: akta kontroli str. 55-58, 66-69)

1.8. Prowadzona w latach 2010-2012, w poradni stomatologicznej SPZOZ lista oczekujących, funkcjonowała tylko w wersji elektronicznej. Przedmiotowa lista zawierała następujące pozycje: Numer (wpisywany jako kolejny numer wpisu w danym roku, tzn. każdego roku numerację prowadzono od początku); rok, data wpisania do kolejki; dokładność planowania (dzień); planowana data realizacji świadczenia; rozpoznanie; nazwisko, imię, wiek, PESEL, telefon kontaktowy i adres świadczeniobiorcy; data i powód ostatniej zmiany terminu; data i przyczyna skreślenia; nazwisko i imię wprowadzającego; data modyfikacji oraz wskazanie czy pacjent jest „pilny” czy „stabilny”.

Brak części elementów wymaganych w art. 20 ust. 2 pkt 3 – 4 ustawy o świadczeniach w prowadzonej w SPZOZ liście oczekujących przedstawiono w pkt 7 części dotyczącej nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 54, 75-77)

W prowadzonej w poradni stomatologicznej „*liście oczekujących*”, nie odnotowano przypadków pacjentów „z bólem zęba”.

Jak wyjaśniła lekarz dentysta, pacjenci z „bólem zęba” przyjmowani byli zawsze w dniu zgłoszenia. Poinformowała jednocześnie, że nie prowadzi się odrębnej dokumentacji takich przypadków, a odpowiedniego wpisu dokonuje się jedynie w kartotece pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 78-79)

1.9. Zgodnie z wymogiem określonym w § 8 pkt 2 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*⁶, świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca, średni czas oczekiwania (określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do ww. rozporządzenia), łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym oraz liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach.

Dane o których mowa powyżej, zgodnie z wymogiem określonym w punkcie 4 ww. paragrafu, należało przekazywać do oddziału wojewódzkiego NFZ w Katowicach co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca.

Raporty, które zostały sporządzone w SPZOZ wg stanów na 31 sierpnia, 30 września i 31 października 2012 r., zostały wysłane w formacie „XML” do oddziału NFZ w Katowicach, kolejno w dniach: 7 września, 4 października oraz 8 listopada 2012 r., tj. w terminach zgodnych ze wskazanymi w cytowanym powyżej przepisie.

Wszystkie dane zawarte w raporcie za miesiąc sierpień 2012 r. były zgodne ze stanem rzeczywistym. W pozostałych dwóch przypadkach (za wrzesień i październik) wystąpiły różnice w pozycjach „*liczba oczekujących*” oraz „*rzeczywisty czas oczekiwania*”, co opisano w części dotyczącej nieprawidłowości, w pkt 8.

(dowód: akta kontroli str. 80, 84, 88)

1.10. Realizowana w gabinecie dentystycznym profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą polegała na udzieleniu takich świadczeń jak lakierowanie zębów stałych oraz zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych.

W okresie objętym kontrolą, pierwsze z ww. świadczeń zostało udzielone trzem pacjentom, z czego w 2010 r. dwóm, w 2011 r. jednemu (i to jednemu z tych, którym udzielono tego świadczenia w roku 2010) oraz w 2012 r. jednemu pacjentowi.

⁶ Dz. U. Nr 132, poz. 801 ze zm., zwana dalej „rozporządzeniem w spr. niezbędnych informacji”.

Drugie z wyżej wymienionych świadczeń zostało udzielone w 2011 r., 2-krotnie, temu samemu pacjentowi.

(dowód: akta kontroli str. 92-97)

Ponadto lekarz dentysta poinformowała o podejmowanych przez siebie z własnej inicjatywy działaniach, wśród których wymieniła rozmowy o tematyce profilaktyczno-higienicznej (prowadzone podczas przeglądu stomatologicznego); czynności edukacyjne (w tym prezentacja i zabawa edukacyjna dla grupy 3-latków rudzkiego żłobka); lakowanie i lakierowanie zębów (w tym grupowa profilaktyka fluorkowa szczotkowania zębów pod nadzorem pielęgniarki szkolnej dla uczniów pobliskiej szkoły). Zaznaczyła jednocześnie, że jej zdaniem „(...) świadomość w naszym społeczeństwie jest nadal na tyle niska, że leczenie cieszy się większym zainteresowaniem niż prewencja.”

(dowód: akta kontroli str. 40-41)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nieuumieszczenie numeru bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Zgodnie z przepisem zawartym w § 11 ust. 4 pkt 8 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynku informacji dotyczących m.in. numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta.

Jak wykazano w trakcie przeprowadzonych w dniu 22 listopada 2012 r. oględzin, na żadnej ze znajdujących się na terenie przychodni tablic ogłoszeń, nie zamieszczono numeru bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Odpowiedzialność za brak tej informacji ponosi kierownik przychodni, która wyjaśniła, że jak dotychczas nie zaszła potrzeba podania ww. numeru.

(dowód: akta kontroli str. 34, 64-65)

2. Brak w księdze przyjęć poradni stomatologicznej dwóch elementów zawartych w dyspozycji § 44 pkt 3 i pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. godziny zgłoszenia się pacjenta oraz podpisu osoby dokonującej wpisu.

Odpowiedzialność za ww. braki ponosi lekarz dentysta, do którego obowiązków należało m.in. prowadzenie obowiązującej dokumentacji lekarskiej i sprawozdawczo – statystycznej, w tym dziennika ewidencji przyjętych pacjentów.

Zdaniem udzielającej wyjaśnień lekarz dentysty, logowanie do systemu za pomocą loginu i hasła wydawało się wystarczającym zabezpieczeniem i podstawą identyfikacji osoby wprowadzającej dane (podpisu elektronicznego nie posiadano). Odnośnie braku wpisów dotyczących godzin zgłaszania się pacjentów lekarz dentysta podała, że „(...) Godziny podane w tej księdze są godzinami wprowadzenia danych do systemu a nie godzinami zgłaszania się pacjentów. Rozbieżność ta wynika z faktu, że ważniejsi są dla mnie Pacjenci oczekujący na korytarzu (nie rzadko z bólem i strachem) niż bieżące wpisywanie danych do systemu. Dane te uzupełniam w wolnym czasie lub po zakończeniu pracy przy fotelu stomatologicznym”.

(dowód: akta kontroli str. 40, 42, 48-53, 55-56)

3. Brak listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie ogólnostomatologicznym.

Zgodnie z przepisem zawartym w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, w związku z wymogiem wskazanym w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁸, świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, a jednym z obowiązków świadczeniodawcy jest umieszczanie pacjentów na liście oczekujących. Ponadto, w przepisie zawartym w ust. 4 cytowanej ustawy wskazano, że „Lista oczekujących na udzielenia świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę”.

W okresie objętym kontrolą, w poradni stomatologicznej nie prowadzono listy pacjentów oczekujących na inne świadczenia niż leczenie protetyczne. O kolejności przyjmowania decydował lekarz dentysta, biorąc pod uwagę kolejność zgłoszeń poszczególnych pacjentów, co było odnotowywane w podręcznym kalendarzu, dostępnym w poradni stomatologicznej, w dniach jej „urzędowania”. W ww. kalendarzu zapisane były takie dane jak imię i nazwisko oraz planowana data i godzina wizyty. Pozostałych elementów wskazanych w art. 20 ust. 2 ww. ustawy, nie odnotowywano.

(dowód: akta kontroli str. 99-100)

Odpowiedzialność za stwierdzoną nieprawidłowość ponosi lekarz dentysta, do którego obowiązków należało m.in. prowadzenie obowiązującej dokumentacji lekarskiej i sprawozdawczo – statystycznej, w tym listy pacjentów oczekujących na świadczenia stomatologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 55-56, 66-69)

Jak wyjaśniła lekarz dentysta, „(...) W tutejszym gabinecie każdy pacjent pierwszorazowy, zgłaszający się osobiście w gabinecie jest przyjmowany w tym dniu (chyba, że nie wyrazi takiej woli). Dla pacjenta, rejestrującego się telefonicznie, ustala się dogodny dla obu stron termin (nie wykluczony jest również dzień bieżący). (...). Terminy wizyt ustalonych telefonicznie i terminy wizyt planowanych jako kontynuacja leczenia, zapisuje się w notatniku, kalendarzu gabinetowym.”

(dowód: akta kontroli str. 66-74)

Kierownik SPZOZ wyjaśniła, że brak listy oczekujących na świadczenia ogólnostomatologiczne wynika z faktu, że pacjenci otrzymują stosowne świadczenia w terminie nie dłuższym niż 2 tygodnie. Nie zachodziła więc - Jej zdaniem - konieczność sprawozdawania o ilości oczekujących do NFZ. Prowadzenie takiej listy byłoby tylko dodatkową czynnością.

(dowód: akta kontroli str. 64-65)

⁷ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁸ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

Skutkiem nieprzewodzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu ogólnodentystycznego, był brak możliwości weryfikacji zarówno czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia jak i ciągłości dokonywania wpisów.

4. Udzielenie świadczeń z zakresu „leczenia protetycznego” ośmiu pacjentom zakwalifikowanym jako „stabilni” poza kolejnością przewidzianą w prowadzonej w poradni stomatologicznej „liście oczekujących”.

Jak wykazała kontrola, w pięciu przypadkach pacjenci uzyskali ww. świadczenie o 96, 154, 217, 236 i 1823 dni wcześniej niż zaplanowano wg listy oczekujących, a w trzech innych wyznaczone terminy oczekiwania były zdecydowanie krótsze niż dla pozostałej części oczekujących. Planowany okres oczekiwania wyniósł w tych przypadkach 91, 112 i 129 dni, podczas gdy dla pozostałej części oczekujących okres oczekiwania wynosił od 309 do 1256 dni. Świadczeń udzielono odpowiednio po 91, 112 i 116 dniach od daty wpisania na listę oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 98)

W sprawie pięciu pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w terminach wcześniejszych niż wynikające z listy oczekujących, lekarz dentysta wyjaśniła, że:

- udzielenie dwóm pacjentom świadczeń wcześniej niż zaplanowano (o 217 i 236 dni), było spowodowane przesunięciem kolejki na skutek rezygnacji kilku pacjentów wcześniej zapisanych;
- w 2 przypadkach, w których świadczeń udzielono o 96 i 154 dni wcześniej niż zaplanowano (małżeństwu), odbyło się to zgodnie z planem realizacji, a „(...) *Zmiany dotyczyły jedynie miesiąca wykonania usługi i były podyktowane osobistymi względami pacjentów (wyjazd do pracy zagranicznej). (...)*”;
- zaś w 1 przypadku, kiedy świadczenie udzielono o 1823 dni wcześniej niż zaplanowano, pacjent został zakwalifikowany do szybszej realizacji ze względów zdrowotnych. Zdaniem lekarza dentysty, stan ten narażał pacjenta na rozległą plastykę błony śluzowej i dlatego zapobiegawczo wykonano protezę górną całkowitą.

Wyjaśniając przyczyny wyznaczenia trzem innym pacjentom zdecydowanie krótszych terminów oczekiwania niż dla pozostałej części oczekujących podała, że miało to miejsce na skutek:

- pomyłki - pacjent kilkakrotnie zmieniał terminy z uwagi na zły stan zdrowia, co spowodowało omyłkowe jego skreślenie a następnie ponowne wpisanie na listę;
- zdarzenia losowego - dotyczy przypadku młodej kobiety, która utraciła zęby w górnej szczękę na skutek pobicia przez męża, co z uwagi na jej stan psychiczny oraz konieczność funkcjonowania w środowisku, doprowadziło do przyspieszenia udzielenia świadczenia;
- trudności technicznych związanych z przenoszeniem w latach 2008-2009 danych z „papierowej wersji listy oczekujących” do nowo zainstalowanego oprogramowania komputerowego a także licznych jego aktualizacji.

(dowód: akta kontroli str. 104-107)

5. Niepodanie do ogólnej wiadomości pacjentów zasad (procedur) ustalających kolejność dostępu do udzielanych świadczeń stomatologicznych.

Zgodnie z wymogiem wskazanym w § 11 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia *w sprawie warunków umów*, świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących m.in. zasad zapisów na porady i wizyty.

Informacje dotyczące obowiązujących w poradni stomatologicznej zasad wpisywania na listy oczekujących na świadczenia stomatologiczne (w zakresie ogólnym oraz protetyki) nie były podane do publicznej wiadomości. Zarówno w miejscu ogólnodostępnym na terenie SPZOZ jak i na stronach internetowych przychodni, nie podano do ogólnej wiadomości opisu zasad ani trybu postępowania w zakresie obowiązujących w poradni stomatologicznej procedur dotyczących wpisywania na listy oczekujących.

Jak wyjaśniła odpowiedzialna za stwierdzoną nieprawidłowość lekarz dentysta, *„Wpisywanie pacjentów do kolejki protetycznej poprzedzone jest wstępnym badaniem, (ogłędzinami kwalifikującymi) wykonanym przez lekarza stomatologa. W trakcie wpisywania do kolejki pacjent zostaje poinformowany o kryteriach medycznych jakie musi spełnić i przy pomocy ważnej karty ubezpieczenia zdrowotnego zostaje wpisany do elektronicznej kolejki oczekujących.”*

(dowód: akta kontroli str. 66-68)

Jak wyjaśniła Kierownik SPZOZ *„W naszym odczuciu nie zaistniała jak dotychczas konieczność opracowania takiego trybu postępowania, ze względu przede wszystkim na małą ilość wykonywanych świadczeń w leczeniu protetycznym.”*

(dowód: akta kontroli str. 64-65)

6. Niepowiadamianie pisemne pacjentów o zmianie terminu udzielenia świadczenia.

Zgodnie z art. 20 ust.2 pkt 2 *ustawy o świadczeniach*, świadczeniodawca informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

W poradni stomatologicznej SPZOZ, przyjęto metodę telefonicznego powiadamiania świadczeniobiorcy o terminie wykonania usługi.

Jak wyjaśniła lekarz dentysta, w trakcie ustalania terminów przyjęć, pyta się pacjentów czy forma telefonicznego powiadamiania jest dla nich wystarczająca. Otrzymując pozytywną odpowiedź zapisuje się numer telefonu i proces dalszej wzajemnej komunikacji prowadzony jest tą drogą. Jak zaznaczyła *„(...) Moim zdaniem jest to sprawniejsza, szybsza i lepsza metoda wymiany informacji pomiędzy mną – jako lekarzem – a pacjentem.”*

(dowód: akta kontroli str. 66-69, 108)

7. Brak na liście oczekujących na świadczenie *„leczenie protetyczne”*, kolejnego numeru wpisu oraz podpisu osoby wprowadzającej.

Zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt 3a i 3i, *ustawy o świadczeniach*, świadczeniodawca wpisuje na listę oczekujących (za zgodą świadczeniobiorcy) m.in. następujące dane: numer kolejny wpisu, a także imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

Jak wykazała analiza danych zawartych w prowadzonej elektronicznie liście oczekujących, brakowało na niej podpisu osoby wprowadzającej, a kolejne numery wpisów prowadzono jedynie w okresie 1 roku. Wraz z rozpoczęciem kolejnych lat kalendarzowych, istniejąca numeracja nie była kontynuowana, lecz rozpoczynano ją od początku od pozycji „1”.

(dowód: akta kontroli str. 54, 75-77)

Odpowiedzialność za stwierdzone nieprawidłowości ponosiła osoba dokonująca wpisu na listę (pomoc stomatologiczna) oraz lekarz stomatolog, jako osoba odpowiedzialna za prawidłowe prowadzenie listy oczekujących na świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 66-69)

Wskazując przyczyny ww. nieprawidłowości lekarz dentysta wyjaśniła, że wpisu dokonuje się przy pomocy karty ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta, zatem w jego obecności. Jak zaznaczyła, „(...) *Lista oczekujących na leczenie protetyczne jest generowana przez program mMedica; numeracja jest dla każdego roku nowa (...)*”.

Odnosnie do braku podpisu podała, że nie posiada podpisu elektronicznego, a odrębnej, papierowej wersji kolejki oczekujących się nie prowadzi. Zdaniem dentysty, logowanie jest podstawą identyfikacji osoby dokonującej wpisu do listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 78-79)

8. Wykazanie w dwóch miesięcznych raportach statystycznych za miesiące wrzesień i październik 2012 r. (w pozycjach „*liczba oczekujących*” oraz „*rzeczywisty czas oczekiwania*”), danych niezgodnych ze stanem rzeczywistym.

Zgodnie z wymogiem wskazanym w § 8 pkt 2 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji, świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane dotyczące m.in. liczby oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca oraz średniego czasu oczekiwania (obliczonego wg wzoru wskazanego w załączniku nr 7 do ww. rozporządzenia).

Jak wykazała kontrola, liczba oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu „leczenie protetyczne”, która była wykazana na liście oczekujących wg stanu na dzień 30 września 2012 r. wynosiła 62, podczas gdy w raporcie przekazanym do oddziału wojewódzkiego NFZ wykazano liczbę 64.

Wykazany w raporcie za październik 2012 r., „*rzeczywisty czas oczekiwania*” wynosił 523 dni, podczas gdy przeliczony wg wzoru wskazanego w załączniku nr 7 do ww. rozporządzenia, wynosić powinien 687 dni.

(dowód: akta kontroli str. 84-85, 88-89)

Pomimo faktu, że obowiązek prawidłowego sporządzania oraz terminowego wysyłania do oddziału wojewódzkiego NFZ przedmiotowych raportów nie został określony w zakresach czynności żadnego z pracowników przychodni, odpowiedzialność za stwierdzoną nieprawidłowość, ponosi – zgodnie z informacją przekazaną przez Kierownika SPZOZ - pielęgniarka koordynująca.

Jako przyczyny ww. nieprawidłowości pielęgniarka koordynująca podała, że z nieznanymi dla niej przyczyn, użytkowany w SPZOZ system komputerowy „doliczył” do listy oczekujących (obliczonej na dzień 30 września) dodatkowe 2 osoby, które faktycznie zostały wprowadzone na tą listę dopiero w dniu 1 października 2012 r.

Odnosząc się do błędnie wykazanego czasu oczekiwania wskazała, że błąd powstał w wyniku niezgodności zaistniałej z omówionych powyżej przyczyn (błędnie doliczone 2 osoby). Jednocześnie poinformowała, że po wysłaniu do NFZ raportów na stronach Funduszu pojawia się zawsze komunikat zawierający wykaz świadczeniodawców, którzy nie wysłali raportów oraz błędy w raportach wysłanych. Jak zaznaczyła, „(...) *względem żadnego z wykazanych przez kontrolę raportów, nie ukazały się na stronach Funduszu żadne uwagi co do stwierdzonych błędów lub nieprawidłowości.*”

(dowód: akta kontroli str. 101-103)

Skutkiem wykazania w ww. raportach niewłaściwych danych, było przekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ nierzetelnych raportów wskazujących na błędną liczbę osób faktycznie oczekujących oraz skrócony (o 164 dni) czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie „leczenie protetyczne”.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem ograniczono do zaledwie 4 osób w okresie objętym kontrolą.

Zgodnie z § 3, ust. 1 pkt 2 i § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁹ profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawuje m.in. lekarz dentysta.

Z wyjątkiem opisanych w pkt 1.10 udzielonych świadczeń profilaktycznych oraz działań okazjonalnych podejmowanych przez lekarza dentystę indywidualnie, innych czynności ani świadczeń w latach 2010 – 2012 nie podejmowano.

W swoich wyjaśnieniach lekarz dentysta poinformowała, że „W latach ubiegłych punkty kontraktowe z NFZ były podzielone na 3 grupy: profilaktyka u dzieci i młodzieży do lat 18, stomatologia zachowawcza i protetyka. Każda z tych grup miała ściśle określoną liczbę punktów, którą należało wykonać; nie było możliwości zamiany. (...). Obecnie jest jedna „pula”; sama muszę dysponować punktami przyznanymi w kontrakcie, mając na uwadze wytyczne NFZ o: - stałym, regularnym, całorocznym świadczeniu usług, - bezzwłocznym przyjmowaniu Pacjentów zgłaszających się z bólem. W związku z powyższym największą ich część pochłaniają procedury nagłe takie jak usuwanie zębów i ewentualnie leczenie zachowawcze a dopiero w następnej kolejności świadczenia prewencyjne. Bardzo mała ilość punktów przyznana przez NFZ powoduje, że profilaktyka staje się działem stomatologii, który schodzi na drugi plan.”.

(dowód: akta kontroli str. 62-65, 68)

Ponadto NIK zwraca uwagę, że mała liczba wykonywanych świadczeń w leczeniu protetycznym oraz wynikający z niej czterdziestomiesięczny średni okres oczekiwania na ich realizację, wskazuje na konieczność opracowania i podania do

⁹ Dz. U. Nr 139, poz.1133.

publicznej wiadomości opisu zasad (procedur) ustalających kolejność dostępu do tych świadczeń, nie jest natomiast okolicznością uzasadniającą brak powyższych działań, na co w swoich wyjaśnieniach powołała się Pani Kierownik.

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 Kontroli¹⁰, wnosi o:

1. **Umieszczenie numeru bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów przychodni.**
2. **Podjęcie działań w celu uzupełnienia brakujących elementów księgi przyjęć oraz listy pacjentów oczekujących, zgodnie z wymogami wskazanymi w § 44 pkt 3 i pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz w art. 20 ust. 2 pkt 3a i 3i, ustawy o świadczeniach.**
3. **Podanie do ogólnej wiadomości pacjentów przychodni zasad i procedur obowiązujących przy wpisywaniu na listy oczekujących na udzielenie świadczeń, zgodnie z wymogiem wskazanym w § 11 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów.**
4. **Prowadzenie listy pacjentów oczekujących dla wszystkich rodzajów świadczeń stomatologicznych.**
5. **Podjęcie działań dla zapewnienia udzielania wszystkich świadczeń stomatologicznych, zgodnie z kolejnością wynikającą z listy oczekujących.**
6. **Zapewnienie sporządzania miesięcznych raportów statystycznych, zgodnie ze stanem rzeczywistym.**
7. **Podjęcie działań mających na celu zwiększenie realizacji zadań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, określonych w § 5 pkt 3 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

¹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

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

Katowice, dnia 31 stycznia 2013 r.

Kontroler
Michał Kapek
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

z up. Wicedyrektor
Eugeniusz Rejman