



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – LKA-4101-031-02/2014

P/14/063

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/14/063 - Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Arkadiusz Przytułski spec. kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92404 z dnia 5 listopada 2014 r. [dowód: akta kontroli str. 1÷2]
Jednostka kontrolowana	Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej (PZZOZ) — Przychodnia Specjalistyczna w Będzinie, ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin, KRS 0000203274 Regon: 27820930000063
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Kołacz, Dyrektor PZZOZ [dowód: akta kontroli str. 3÷11]

II Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w latach 2012 I półrocze 2014 r. w zbadanym zakresie.

Pozytywna ocena obejmuje:

- zapewnienie przez PZZOZ dostępności świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i badań diagnostycznych w wykonaniu umów zawartych z NFZ;
- właściwe wykorzystanie zasobów kadrowych, sprzętowych, lokalowych;
- zapewnienie warunków bezpiecznego przechowywania dokumentacji medycznej;
- rzetelne rozliczanie się PZZOZ z wykonania ww. umów.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- braku w Księdze przyjęć wpisów daty i godziny zgłoszenia się pacjenta mimo wymogów § 44 pkt 3 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²;
- braku oznaczenia płci w indywidualnej dokumentacji medycznej, mimo wymogu art. 25 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³

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

² Dz.U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

³ Dz.U. z 2012, poz. 159 ze zm.

- niepowiadamiania świadczeniobiorców o zmianie terminu wizyty za pomocą środków komunikacji elektronicznej;
- nieskutecznego nadzoru nad dyscypliną pracy personelu;
- utrudnień komunikacyjnych dla pacjentów niepełnosprawnych;
- nieprzeprowadzania i niedokumentowania ocen list oczekujących na świadczenie wymaganych przepisem art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁴.

III Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

Opis stanu faktycznego

Jednostka kontrolowana jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, w skład którego, zgodnie z KRS, wchodzi 5 oddziałów / jednostek terenowych w:

- Będzinie: Szpital i Przychodnia Specjalistyczna;
- Czeladzi: Szpital, Przychodnia Specjalistyczna oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy.

Celem PZZOZ wyszczególnionym w KRS i w uchwalonym przez Radę Powiatu Będzińskiego Statucie⁵ jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych m.in. w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 3÷10]

W skład Przychodni specjalistycznej w Będzinie wchodzi 24 jednostki, a w tym 13 poradni, 9 gabinetów diagnostyczno-zabiegowych i 2 pracownie, a wśród nich: *Poradnia cukrzycowa* z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym i *Poradnia kardiologiczna*. Dane te były zgodne z wykazem ujętym w załączniku nr 1 do Statutu i zapisami w Rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (W-24) nr 000000014475⁶.

Regulamin organizacyjny przyjęty uchwałą z dnia 21 grudnia 2012 r. Rady Społecznej PZZOZ określił zakres działalności obejmujący m.in.: świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu.

Załącznik nr 3.12 do Regulaminu Organizacyjnego PZZOZ stanowił Ramowy Regulamin Przychodni specjalistycznej.

Regulamin zawierał informacje wymagane art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷.

Niezbędne informacje, w tym: prawa pacjenta, cennik usług medycznych, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, zostały podane do wiadomości pacjentów w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie

⁴ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁵ Dz.Urz. Woj. Śl. z 2014 r. poz. 162, ze zm.

⁶ <https://www.rpwl.csioz.gov.pl>

⁷ Dz.U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

internetowej <http://pzzoz.bedzin.pl/> i w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip-pzzoz.powiat.bedzin.pl/>.

[Dowód: akta kontroli str. 11÷17]

Godziny przyjęć podane do publicznej wiadomości obok gabinetu lekarskiego były zgodne z harmonogramem umowy z NFZ. Lekarze byli obowiązani do powiadamiania Kierownika Przychodni specjalistycznej o absencji, o której pacjenci byli informowani komunikatem umieszczanym nad okienkiem Rejestracji i przy gabinecie lekarza.

[Dowód: akta kontroli str. 19÷35, 106]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W poradni kardiologicznej, jedna osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę nie podpisała listy obecności ani razu w okresie (co najmniej) od 1 stycznia do 30 listopada 2014 r.

O wynikającym z Regulaminu pracy obowiązku podpisywania się na liście obecności Dyrektor PZZOZ pracownikom etatowym przypomniał ostatnio pismem z 22 października 2014 r.

Za brak nadzoru nad przestrzeganiem dyscypliny pracy, dnia 18 grudnia 2014 r. Dyrektor PZZOZ ukarał upomnieniem Kierownika Przychodni Specjalistycznej i zastępcę Kierownika Działu służby pracowniczej i spraw socjalnych.

[Dowód: akta kontroli str. 90÷107]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Lekarze etatowi jak i wykonujący na rzecz PZZOZ usługi lecznicze na podstawie umowy zlecenia, nie podpisywali listy obecności ani nie prowadzili dokumentów równoważnych. Wobec, opisanego dalej, niewpisywania godzin wykonywania świadczeń ani w indywidualnej dokumentacji medycznej ani w Księdze przyjęć, czas wykonywania przez nich świadczeń nie był dokumentowany.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Zasoby świadczeniodawcy, kadrowe i sprzętowe, związane z realizacją umów z NFZ

Opis stanu
faktycznego

Zasoby kadrowe i sprzętowe PZZOZ jako świadczeniodawcy, zapewniały realizację umowy z NFZ, co wykazały przeprowadzone oględziny poradni cukrzycowej wraz gabinetem zabiegowym i poradni kardiologicznej, a w tym:

- Godziny przyjęć lekarzy w ww. poradniach były zgodne z wykazanymi w załączniku nr 2 — *harmonogram zasoby*, do umowy z NFZ. Świadczeń w poradni cukrzycowej udzielało 3 lekarzy diabetologów w czasie od 4 do 5:30 godzin dziennie, łącznie 13,5 godziny tygodniowo. W poradni kardiologicznej świadczenia udzielane były przez 25 godzin tygodniowo przez 3 lekarzy kardiologów, w czasie od 4 do 5 godzin dziennie.
- W miejscu udzielania świadczeń wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną było zgodne z wykazem świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunków ich realizacji, stanowiącym załącznik nr 1 do

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸.

- W poradni cukrzycowej zapewniony został, z podanymi dalej zastrzeżeniami, dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) USG z opcją Dopplera; 3) oftalmoskopii.
- W poradni kardiologicznej zapewniony został, z podanymi dalej zastrzeżeniami, dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) RTG; 3) Holter EKG; 4) ABPM; 5) echokardiografii z opcją Dopplera; 6) elektrokardiografii wysiłkowych serca.
- Obok drzwi gabinetu lekarskiego ww. poradni zamieszczono informacje o dniach i godzinach przyjęć lekarzy. Były one zgodne z wykazanymi w załączniku nr 2 do umowy z NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 19÷36, 108÷112]

Wymieniona wyżej aparatura medyczna była ujęta w ewidencji księgowej. Urządzenia do pomiaru ciśnienia i masy ciała były wzorcowane.

[Dowód: akta kontroli str. 39÷55]

Stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń poradni cukrzycowej i kardiologicznej był przedmiotem kontroli Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (ŚPWIS) w dniu 8 lipca 2013r. Stwierdzono, że w gabinecie kardiologicznym i gabinecie diagnostycznym poradni cukrzycowej znajdują się „krzesła obrotowe niezmywalne (tapicerka materiałowa) trudne do utrzymania w czystości.”

Kontrola ŚPWIS przeprowadzona 17 i 18 września 2013r. w zakresie spełnienia szczegółowych wymagań ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹, wykazała, że (m.in.) w gabinecie zabiegowym poradni cukrzycowej:

- Podłogi nie są wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (§ 29 ust. 1 ww. rozporządzenia).
- Połączenia ścian z podłogami nie są wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję (§ 29 ust. 2 ww. rozporządzenia).
- Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń nie umożliwiają ich mycia i dezynfekcji (§ 30 ww. rozporządzenia), gdyż ściany nie zostały pokryte materiałem zmywalnym do pełnej wysokości.

Decyzją ŚPWIS z dnia 24 września 2013r. stwierdzone zostało niespełnienie warunków określonych ww. rozporządzeniem, a decyzją z 7 października 2013 r., wyrażono zgodę na czasowe odstępstwa do 2016r. od spełnienia wymogów wynikających z powołanych wyżej przepisów.

Decyzje dotyczyły komórek organizacyjnych PZZOZ zarówno w Będzinie jak i w Czeladzi.

⁸ Dz.U. z 2013, poz. 1413

⁹ Dz.U. z 2012 r. poz.739

Dyrektor PZZOZ, pismem z dnia 29 października 2013r. poinformował ww. organ o częściowym usunięciu usterek, w tym o wymianie ww. krzeseł na posiadające powłokę zmywalną.

[Dowód: akta kontroli str. 56÷85]

Świadczeniodawca corocznie zawiera umowę obejmującą obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z wymaganiem określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰. W 2012r. ubezpieczeniem objęto 842 osoby, w 2013r. 799 osób i w 2014r. 738 osób. Według stanowiska ubezpieczyciela - odrębne ubezpieczenie lekarzy prowadzących indywidualne lub specjalistyczne praktyki lekarskie, którzy na podstawie umowy zlecenia wykonują świadczenia na rzecz PZZOZ obejmuje też szkody wynikłe w związku z realizacją tej umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 136÷139]

W zakresie zapewnienia dostępu osobom niepełnosprawnym do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, oględziny wykazały, że:

- Na korytarzu łączącym wejście do budynku z poczekalnią Przychodni były 4 schody bez podjazdu dla wózków.
- Na życzenie pacjenta niepełnosprawnego układana była jezdnia metalowa, która nie miała punktów zamocowania i przewiezienie pacjenta wymagało współpracy kilku osób obsługi.

Według wyjaśnień inspektora nadzoru — schody nie spełniają warunków do transportu pacjentów niepełnosprawnych i noszy z podwoziem jezdny. Są zbyt wąskie i zbyt strome, co uniemożliwia wykonanie stałego podjazdu dla niepełnosprawnych.

- Wyniki badań wydawane były na pierwszym piętrze. Na życzenie, pacjentom niepełnosprawnym, dostarczane były wyniki badań przez pracownika PZZOZ.

[Dowód: akta kontroli str. 36÷37]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Brak podjazdu dla wózków na schodach w korytarzu łączącym wejście do budynku z poczekalnią.
2. Brak instalacji przyzywowej obok ww. schodów.

[Dowód: akta kontroli str. 37]

3. Brak oznaczenia glukometru w gabinecie zabiegowym poradni cukrzycowej jako przyrządu wykorzystywanego do pomiarów diagnostycznych (dla odróżnienia od glukometrów wydawanych pacjentom).
4. Brak oznaczenia ww. glukometru numerem w ewidencji księgowej.
5. Brak w poradni cukrzycowej płynu kontrolnego do użytkowanych glukometrów.

[Dowód: akta kontroli str. 34÷36]

¹⁰ Dz.U. Nr 293, poz. 1729

Osobą odpowiedzialną z tytułu nadzoru za wymienione wyżej braki jest Kierownik jednostki.

Według wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - procedura kalibracji glukometrów zostanie wdrożona z dniem 1 stycznia 2015r. we wskazanych przez ich producentów punktach serwisowych.

[Dowód: akta kontroli str. 38]

Ocena cząstkowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w AOS

Opis stanu faktycznego

Na podstawie oględzin indywidualnej dokumentacji medycznej przyjętych w czerwcu 2014r. 10-pacjentów poradni cukrzycowej i 17-pacjentów poradni kardiologicznej stwierdzono, że w każdym przypadku lekarz poradni przekazywał lekarzowi kierującemu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) pisemną informację o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu, planach dalszego postępowania i zaleceniach, co najmniej raz w roku. Informacja o lekarzu POZ sprawującym i koordynującym opiekę nad świadczeniobiorcą zawarta była w skierowaniu i w historii zdrowia i choroby.

[Dowód: akta kontroli str. 86÷89]

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona była odrębnie. Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną pacjentów w wieku 35-65 lat, którzy korzystali ze świadczeń lekarza w czerwcu 2014r.

W wyniku przeprowadzonych oględzin 27-indywidualnych dokumentacji medycznych, w tym dokumentacji 10-pacjentów poradni cukrzycowej i 17-pacjentów poradni kardiologicznej stwierdzono, że stosownie do postanowień art. 25. pkt 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹, dokumentacja ta zawierała m.in.: oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko i imię lub imiona), datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL. Płeć pacjenta na druku dokumentacji medycznej formalnie nie była zaznaczana.

W okresie I półrocza 2014r. nie stwierdzono przyjęć pacjenta w poradniach cukrzycowej i kardiologicznej częściej niż raz w miesiącu.

¹¹ Dz.U. z 2012 r., poz.159

Zapisy w dokumentacji, z podanym dalej wyjątkiem, były czytelne dla uczestniczącego w oględzinach zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Zapisy obejmowały niezbędne elementy ogólnego stanu zdrowia i istotnych chorób, problemów medycznych oraz porad ambulatoryjnych. W przypadku ww. poradni wizyty domowe nie miały miejsca.

Dokumentacja medyczna była udostępniana: do wglądu w Przychodni, poprzez odpłatne sporządzenie jej kopii lub wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Cennik i druki wniosków o udostępnienie dokumentacji były dostępne dla pacjentów.

PZZOZ jest przygotowany do spełnienia wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹². Wdrożenie oprogramowania jest przewidziane od stycznia 2015 r.

[Dowód: akta kontroli str. 86÷89, 14÷17, 143, 144]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W indywidualnej dokumentacji medycznej były zamieszczane niezdefiniowane skróty nie występujące także w publikacjach branżowych, mimo ustanowionego w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, obowiązku prowadzenia jej w sposób czytelny.
2. Godzina zgłoszenia się pacjenta nie była odnotowana w żadnym z 27 przypadków, mimo iż indywidualna dokumentacja medyczna stanowiła źródło danych wykorzystywane do wpisów w Księdze przyjęć.

[Dowód: akta kontroli str. 86÷89]

3. Historie zdrowia i choroby nie były numerowane w sposób ciągły. Nie zapewniono niepowtarzalności. Przykładowo z numerem 37/14 ujęto w ewidencji Jana B. i Danutę Z.
4. Stwierdzono, że zawarte w badanej próbie dokumentacji medycznej elektrokardiogramy nie miały cech identyfikacyjnych (opisu obejmującego identyfikator pacjenta i osobę wykonującą badanie).

[Dowód: akta kontroli str. 35]

Osobą odpowiedzialną za powyższe nieprawidłowości jest Kierownik jednostki.

Według wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa ww. wady numeracji zostaną usunięte, a elektrokardiogramy wykonywane w pracowniach PZZOZ będą oznaczane pieczętką i podpisem pracownika wykonującego badanie.

[Dowód: akta kontroli str. 142]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

¹² Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

5. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Opis stanu
faktycznego

W Przychodni specjalistycznej znajdowała się także poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz, w tym samym budynku, na pierwszym piętrze - Laboratorium. Badania na podstawie umowy z PZZOZ przeprowadzał także podwykonawca wykazany w załączniku nr 3 do umowy z NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 36, 140]

Dla lekarzy PZZOZ nie zostały ustalone zasady kierowania na badania. Nie określano dla nich limitów skierowań na badania diagnostyczne. W trakcie comiesięcznych analiz realizacji kontraktu z NFZ badane są koszty i celowość badań diagnostycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 147]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Dokumentacja medyczna przechowywana była w pokoju Rejestracji, w metalowych szafach z zamkiem wielozapadkowym. Dokumentacja archiwalna znajdowała się w dostępnym dla wybranych pracowników (archiwisty) Archiwum zakładowym, na regałach.

[Dowód: akta kontroli str. 86]

Stosownie do § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹³, PZZOZ udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, sporządza i prowadzi m.in.: dokumentację zbiorczą, w formie Księgi przyjęć oraz listy oczekujących.

Księga przyjęć, prowadzona przez PZZOZ komputerowo¹⁴, spośród elementów wymaganych § 44 ww. rozporządzenia zawierała: 1) oznaczenie podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1; 2) numer kolejny wpisu; 3) datę zgłoszenia się pacjenta; 4) imię i nazwisko, numer PESEL, adres miejsca zamieszkania pacjenta; 5) oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d - osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego; 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego; 7) imię i nazwisko oraz podpis (identyfikator) osoby wpisującej.

¹³ Dz.U. z 2014 r., poz. 177

¹⁴ Mediquis 3 — GaBoS Software sp. z o.o. w Radzonkowie

W umówionym dniu pacjenci zgłaszali się z kartą czipową, potwierdzając przybycie, a po wizycie, na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej, rejestratorka medyczna wpisywała do ww. księgi wykonane procedury oraz godzinę zakończenia porady. Brak wykazanych procedur oznaczał, że pacjent nie zgłosił się w umówionym terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 35]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Księdze przyjęć nie odnotowywano godziny zgłoszenia się pacjenta, wymaganego § 44 pkt 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. Godzina ta, jak podano wcześniej, nie była także wpisywana do indywidualnej dokumentacji medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 87]

2. Na tablicy ogłoszeń w poczekalni umieszczony był komunikat o obowiązku telefonicznego potwierdzania terminu wizyty przez pacjenta. Podstawy prawne tego „obowiązku” nie zostały wskazane. Podstawę prawną obowiązków, w myśl art. 31 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹⁵, może stanowić ustawa.
3. Podany numer telefoniczny był płatny, o czym ww. ogłoszenie nie informowało. Brak takiej informacji, zdaniem NIK, może stanowić naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

[Dowód: akta kontroli str. 35]

Osobą odpowiedzialną z tytułu nadzoru za wymienione wyżej nieprawidłowości jest Kierownik jednostki.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

7. Dostępność świadczeń AOS i prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia

Opis stanu
faktycznego

Świadczenia specjalistyczne były udzielane w kolejności zgłoszenia, w ustalonych dniach i godzinach. Lista oczekujących i Księga przyjęć była prowadzona komputerowo w programie *Mediqus*.

Pacjenci umawiali termin wizyty telefonicznie, osobiście lub przez osobę trzecią w jednym z 3-okienek Rejestracji, otrzymując pisemne potwierdzenie. Termin odnotowywany był równocześnie w komputerowej Księdze przyjęć konkretnej poradni. Dla pacjentów zakwalifikowanych przez lekarza poradni do kategorii medycznej *Pilne* wyznaczane były wcześniejsze niż dla pozostałych (kategoria: *Stabilny*) terminy porady, z odnotowaniem na liście oczekujących kategorii medycznej. W okresie I półrocza 2014 r. był jeden przypadek pilny, w poradni cukrzycowej. W poradni kardiologicznej nie było w tym okresie takich przypadków.

O zmianie terminu wizyty lub nieobecności lekarza pacjenci powiadamiani byli komunikatami obok gabinetu lekarskiego.

¹⁵ Dz.U.z 1997 r. Nr 78, poz.483,ze zm.

Pacjenci, którzy zgłosili się ze skierowaniem od innego lekarza, po raz pierwszy i - tylko oni - byli wprowadzani do komputerowej ewidencji konkretnej poradni i umieszczani na liście oczekujących do wybranego lekarza wraz z datą i godziną rejestracji.

[Dowód: akta kontroli str. 35]

Pacjenci uprzywilejowani (zasłużeni honorowi dawcy krwi, zasłużeni dawcy przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci) przyjmowani byli poza kolejnością.

Pacjenci poradni cukrzycowej przed wizytą mieli wykonywany w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym pomiar glikemii, ciśnienia i masy ciała, a pacjenci kardiologiczni — pomiar ciśnienia i badanie EKG.

[Dowód: akta kontroli str. 145÷146]

Prowadzenie *kolejek oczekujących* uregulowane zostało zarządzeniem Dyrektora PZZOZ z 2005r. ze zmianami oraz zarządzeniem Dyrektora z 6 lutego 2013r. w sprawie wprowadzenia pełnej wersji oprogramowania *Mediquis*, które zobowiązywało Dział Statystyki Medycznej do zgłaszania po zakończeniu każdego miesiąca do Działu Informatyki konieczności przesłania do NFZ, uzyskanych z ww. oprogramowania, danych dotyczących list oczekujących.

[Dowód: akta kontroli str. 148÷159]

Listy oczekujących, w myśl ww. zarządzeń, winny być objęte comiesięczną kontrolą przeprowadzaną przez osoby powołane przez Dyrektora PZZOZ zarządzeniem z 1 października 2007 r., ze zmianami.

[Dowód: akta kontroli str. 160÷164]

Listy oczekujących były prowadzona przy wykorzystaniu ww. oprogramowania *Mediquis* dla poszczególnych jednostek organizacyjnych PZZOZ. Wydruk obejmował: liczbę osób, średni czas oczekiwania, liczbę skreślonych w okresie miesiąca i 6-miesięcy. Wydruk za czerwiec 2014r. dokumentował, dla poradni cukrzycowej i kardiologicznej, odpowiednio: 33 i 60 osób na liście oczekujących, 67 i 108 dni oczekiwania średnio, 11 i 15 - skreślonych w okresie miesiąca oraz 23 i 52 w okresie 6-miesięcy.

[Dowód: akta kontroli str. 184÷189]

Liczbę pacjentów przyjętych w okresie miesiąca przez poszczególnych lekarzy w poradniach i liczbę punktów rozliczeniowych dla NFZ zawierały wydruki „Sprawozdanie: produ”.

[Dowód: akta kontroli str. 190÷202]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Oprogramowanie *Mediquis* nie było wykorzystywane do powiadamiania świadczeniobiorców za pomocą środków komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty, mimo iż jest to wymagane § 2 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych

z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego¹⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 35]

2. Osoby powołane zarządzeniem Dyrektora z 1 października 2007 r. ze zmianami, nie dokumentowały wykonania wymaganej art. 21 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach zdrowotnych, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Raporty z oceny list oczekujących za poszczególne miesiące zawierały wyłącznie dane o czasie oczekiwania i liczbie oczekujących w poszczególnych poradniach i innych jednostkach organizacyjnych PZZOZ, informacje o ewentualnych skargach na czas oczekiwania oraz oświadczenie, że dane z list oczekujących zostały przekazane do NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 165÷182]

Odpowiedzialność za ww. nieprawidłowości ponosi Kierownik jednostki.

Według oświadczenia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa: „Analiza list oczekujących na realizację świadczeń zdrowotnych jest przeprowadzana co miesiąc na podstawie raportu przekazywanego Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa przez Zespół ds. Jakości. Na wspomnianych raportach znajduje się adnotacja Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o zapoznaniu się z raportem. W przypadku braku uwag do prowadzonych list podpis stanowi akceptację dla ww. czynności. Liczba osób oczekujących na realizację świadczenia wynika z limitów, które wyznacza kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i jest od PZZOZ niezależna.”

[Dowód: akta kontroli str. 183]

Składający oświadczenie nie odniósł się do braku w Raportach wymaganych przepisami ocen.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

8. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

Opis stanu faktycznego

PZZOZ, jako świadczeniodawca zawierał umowy z NFZ jako „Aneksy” do umowy nr 125/110545/02/1/2011 z 4 lutego 2011 r. I tak:

- Aneksem nr 1/02/1/2012 z 16 stycznia 2012 r. zmieniony został z dniem 1 stycznia 2012 r. numer ww. umowy na numer 125/110545/02/1/2012. Załącznik stanowiło „jednolite brzmienie Umowy”. W 2012 r. podpisano 10 Aneksów oraz ugodę zawartą 12 marca 2012 r. ustalającą kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy do 4 416 960,05 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 207÷212, 206]

- Aneksem nr 1/02/1/2013 z 10 stycznia 2013 r. zmieniono numer umowy na 125/110545/02/1/2013. Załącznik także stanowiło „jednolite brzmienie Umowy”.

¹⁶ Dz.U. z 2013 r. poz. 516

W 2013 r. zawarto 6 Aneksów oraz, 12 lutego 2014 r. — ugodę ustalającą kwotę zobowiązania NFZ wobec PZZOZ na 4 645 737,70 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 213÷219, 205]

- Aneksem nr 1/02/1/2014 z 20 stycznia 2013 r. zmieniono numer umowy na 125/110545/02/1/2014. Załącznik także stanowiło „jednolite brzmienie Umowy”. W okresie objętym kontrolą obowiązywały 3 Aneksy zmieniające m.in. Harmonogram stanowiący załącznik nr 3 do Umowy i Plan rzeczowo-finansowy oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy.

[Dowód: akta kontroli str. 220÷226, 204]

Umowy były wykonywane z udziałem podwykonawców wyszczególnionych w załączniku nr 3 do Umów. Podwykonawcy prowadzili działalność obejmującą m.in.: badania mykologiczne, kapilaroskopię, badania laboratoryjne, mikrobiologiczne.

[Dowód: akta kontroli str. 140]

Liczbę pacjentów przyjętych w okresie miesiąca w poradniach przez poszczególnych lekarzy i liczbę punktów rozliczeniowych dla NFZ zawierały wydruki „Sprawozdanie: produ” tworzone na podstawie danych z Księgi przyjęć, bez nadwykonania, które było przedmiotem uгод.

W poradni cukrzycowej i kardiologicznej za czerwiec 2014 r. odnotowano odpowiednio 125 i 266 przyjęć oraz 730,00 i 1 694,50 punktów.

[Dowód: akta kontroli str. 190÷202]

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”. Świadczenia zrealizowane w poradniach specjalistycznych są sprawozdawane w raporcie statystycznym programu rozliczeniowego *Mediquis*, którym zawiaduje PZZOZ i przesyłane drogą elektroniczną do ŚOW Narodowego Funduszu Zdrowia.

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadza walidację i weryfikację świadczeń przy wykorzystaniu własnego systemu informatycznego przesyłając zwrotną odpowiedź o poprawności świadczeń lub ich błędach, które po poprawieniu są ponownie przesyłane celem powtórnej weryfikacji.

Po zakończonym miesiącu Dział Informatyki wysyła do ŚOW NFZ zweryfikowane pozytywnie świadczenia, celem naliczenia zapłaty zgodnie z zawartą umową.

Zweryfikowane poprawnie świadczenia naliczane są przez ŚOW NFZ do limitu zawartej umowy narastająco do danego miesiąca czyli jeśli w rozliczanym miesiącu nie wykonano świadczeń do wysokości przyznanego limitu System dobiera świadczenia z poprzednich miesięcy, w których zanotowano i nie rozliczono nadwykonań bądź nalicza świadczenia do wykonania jeśli jest ono mniejsze niż przyznany limit.

PZZOZ otrzymuje z ŚOW NFZ tzw. „szablon” wskazujący, za które świadczenia otrzyma środki finansowe po ich zafakturowaniu. Kontrola limitów (narastająco) z rozliczonymi i zapłaconymi świadczeniami dokonywana jest w Dziale Statystyki Medycznej na podstawie raportów drukowanych w ww. systemie *Mediquis*.

[Dowód: akta kontroli str. 203, 227÷243]

Wykonanie świadczeń (w punktach o wartości odpowiednio 8,90 zł/pkt i 9,20 zł/pkt)		
wyniosło		
dla poradni.....	<i>cukrzycowej</i>	<i>kardiologicznej</i>
w 2012 r. wykonanie.....	8 544,00 pkt	22 086,00 pkt
limit	8 544,00 pkt	18 637,00 pkt
nadwykonanie.....	0 pkt	3 449,00 pkt
uznane przez NFZ	8 538,00 pkt	18 626,50 pkt
zapłacone [zł].....	75 988,20 zł	171 363,80 zł
w 2013 r. wykonanie.....	8 674,50 pkt	22 193,00 pkt
limit	8 675,00 pkt	20 878,00 pkt
nadwykonanie.....	0 pkt	1 315,00 pkt
uznane przez NFZ	8 674,50 pkt	19 557,00 pkt
zapłacone [zł].....	77 203,05 zł	179 924,40 zł
w l p. 2014 r. wykonanie.....	4 049,50 pkt	10 915,50 pkt
limit	4 437,00 pkt	8 940,00 pkt
uznane przez NFZ	4 437,00 pkt	8 940,00 pkt

[Dowód: akta kontroli str. 230÷232, 293÷294]

PZZOZ był kontrolowany m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. W wystąpieniu pokontrolnym Dyrektora ŚOW NFZ nr KRU-1-0943-65/SZP/627-gk/14 z dnia 17 grudnia 2014 r. realizacja umowy nr 1/03/1/2014 pod względem legalności i rzetelności oceniona została pozytywnie.

[Dowód: akta kontroli str. 244÷290]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

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 Kontroli¹⁷, wnosi o:

1. Zapewnienie kompletności wpisów w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.
2. Powiadamianie świadczeniobiorców o zmianie terminu wizyty za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
3. Zapewnienie skutecznego nadzoru nad dyscypliną pracy zarówno personelu etatowego jak i wykonującego świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych.
4. Zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych, poprzez likwidację barier architektonicznych.

¹⁷ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

5. Nieobciążanie pacjentów obowiązkami nie wynikającymi z przepisów prawa.
6. Przeprowadzanie i dokumentowanie ocen list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

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 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Katowice, dnia 30 stycznia 2015 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Arkadiusz Przytułski
specjalista kontroli państwowej**

.....