



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-031-04/2014

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	Krzysztof Baron, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92418 z dnia 28 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Lek. Alina Kuś-Kędziorska ¹ 34-300 Żywiec, al. Piłsudskiego 78a
Kierownik jednostki kontrolowanej	Alina Kuś-Kędziorska, lekarz medycyny – właściciel (dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Świadczeniodawca zapewniła odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe umożliwiające wykonywanie specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych. Współdziałała z lekarzami podstawowej opieki medycznej, a także właściwie przechowywała dokumentację medyczną świadczeniobiorców. Jednocześnie, wbrew zapisom w umowie zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³ Świadczeniodawca nie zatrudniła określonego w niej personelu pielęgniarskiego, o czym nie poinformowała ŚOW NFZ, przez co naruszyła zapisy § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴. Świadczeniodawca winna była zgłosić Dyrektorowi ŚOW NFZ zmiany stanu faktycznego najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie. Godziny w jakich udzielane były świadczenia nie odpowiadały określonym w ww. umowie, o czym również nie został poinformowany ŚOW NFZ. Pacjenci nie mieli możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania ich o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Ponadto Świadczeniodawca nie ustaliła regulaminu

¹ Dalej: Świadczeniodawca

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

³ Dalej: ŚOW NFZ

⁴ Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484, dalej „rozporządzenie w sprawie umów”

organizacyjnego, przez co nie wypełniła obowiązku wynikającego z art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)

Opis stanu faktycznego

Pani Alina Kuś-Kędzierska prowadzi Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską (dalej Świadczeniodawca) na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej pod numerem 4983/96 w Żywcu przy al. Piłsudskiego 78a. Posiada specjalizacje medyczne: kardiologia II stopień, choroby wewnętrzne II stopień. Świadczeniodawca posiada aktualne wpisy do rejestrów, które są zgodne ze stanem faktycznym. Udziela świadczeń diagnostycznych i leczniczych w zakresie kardiologii finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy z ŚOW NFZ.

Nie posiada certyfikatu jakości (ISO), ani akredytacji o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶.

(dowód: akta kontroli str.3-6, 138)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. Świadczeniodawca nie ustaliła regulaminu organizacyjnego Przychodni, przez co nie wypełniła obowiązku wynikającego z art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷. Świadczeniodawca wyjaśniła, że ww. regulaminu nie opracowano, gdyż otrzymała informację od kolegów prowadzących podobną praktykę jak ona, iż nie musi posiadać takiego regulaminu.

(dowód: akta kontroli str.138)

2. Informacja o godzinach przyjęć lekarza na drzwiach gabinetu lekarskiego: poniedziałek 13.00-18.00, wtorek 8.00-16.00, środa 13.00-18.00, czwartek 8.00-16.00, piątek 10.00-15.30 oraz, że w poniedziałek i środę od 10.00 do 13.00 - godziny administracyjne, nie odpowiadała treści, załącznika nr 2 Harmonogram – zasoby do umowy z NFZ, w którym godziny dostępności lekarza określono następująco: poniedziałek 10.00-18.00, wtorek 8.00-16.00, środa 10.00-18.00, czwartek 8.00-16.00, piątek 10.00-15.30, bez wskazania godzin przeznaczonych na działania administracyjne.

Świadczeniodawca w oświadczeniu podała, że „*ujęte w wykazach godzin pracy gabinetu w dniach poniedziałek i środa jako godziny administracyjne wynikają z potrzeb organizacji pracy gabinetu takich jak np. wizyta w Urzędzie Skarbowym, NFZ w Bielsku-Białej itp.*”

Niewykonywanie świadczeń zgodnie z załącznikiem do umowy (harmonogramem) było naruszeniem przepisów § 6 ust. 1 i § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych

⁵ Zwaną dalej ustawa o działalności leczniczej (jt. Dz. U. z 2013 r. poz.217 ze zm)

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

⁷ Zwaną dalej ustawa o działalności leczniczej (jt. Dz. U. z 2013 r. poz.217 ze zm)

warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i ograniczało pacjentom dostępność świadczeń.

Niepowiadomienie dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o zmianach w tym Harmonogramie było naruszeniem zapisów § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie umów.

(dowód: akta kontroli str.139)

Świadczeniodawca wyjaśniła, że nie powiadomiła dyrektora ŚOW NFZ o zmianach w harmonogramie przez zapomnienie.

(dowód: akta kontroli str.171)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu faktycznego

Warunki lokalowe.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Żywcu przeprowadził u Świadczeniodawcy dwie kontrole: w 2004 r. i 2007 r. W obydwu przypadkach, dokonując m.in. oceny gabinetu służącego wykonywaniu specjalistycznej praktyki lekarskiej nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 108-122)

Świadczeniodawca spełnia wymagania informacyjne opisane w § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie umów. Osoby niepełnosprawne nie mają przeszkód w dostępie do gabinetu, gdyż znajduje się on na parterze budynku.

(dowód: akta kontroli str. 139)

Ubezpieczenie OC

Świadczeniodawca w całym okresie objętym kontrolą był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością medyczną.

(dowód: akta kontroli str. 123-125)

Sprzęt medyczny i dostępność do badań lub procedur medycznych

Świadczeniodawca – na dzień zakończenia czynności kontrolnych - miał dostęp do sprzętu medycznego w lokalizacji u podwykonawców (Echokardiograf) lub posiadał w Poradni sprzęt medyczny (EKG), wymagany rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸, do prowadzenia specjalistycznego gabinetu kardiologicznego. Posiadał także pełną dostępność do badań i procedur medycznych przewidzianych dla porad specjalistycznych kardiologicznych, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 24)

Personele

Świadczeniodawca posiadał wymagane rozporządzeniem w sprawie świadczeń uprawnienia dotyczące lekarza specjalisty kardiologa. Zatrudniona w poradni technik sprzętu medycznego zajmowała się rejestracją pacjentów i prowadzeniem

⁸ Dz. U. z 2013 r. Nr 1413, dalej rozporządzenie w sprawie świadczeń"

dokumentacji medycznej. Świadczeniodawca nie zatrudniała pielęgniarki mimo wykazania jej w umowie z NFZ, co zostało opisane poniżej.

(dowód: akta kontroli str. 3-4, 142-143, 171-173)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Według umowy z ŚOW NFZ, w gabinecie usługi medyczne miały świadczyć 3 osoby: Alina Kuś-Kędziorska - kardiolog – właścicielka praktyki, w wymiarze tygodniowym 37h30', Bogusława P. - operator aparatury medycznej, w wymiarze tygodniowym 37h30' i Stanisława P. – pielęgniarka, w wymiarze tygodniowym 22h00' (tj. w poniedziałek w godz. 14.00-18.00, wtorek 10.00-16.00, środa 14.00-18.00, czwartek 12.00-16.00, piątek 10.00-14.00). W złożonym oświadczeniu Świadczeniodawca podała, że w gabinecie zatrudnione są tylko dwie osoby, a mianowicie Ona sama i Pani Bogusława P. – operator aparatury medycznej. Pani Stanisława P. - pielęgniarka nie świadczyła pracy, w okresie objętym kontrolą nie była zatrudniona w Poradni. Sytuacja ta naruszała zapisy § 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie umów.

W wyjaśnieniu Świadczeniodawca podał m.in. że „przepisy prawa wymagały zatrudnienia co najmniej na pół etatu pielęgniarki. Zgłosiłam do umowy (załącznika nr 2) panią P.– osobę z wymaganymi kwalifikacjami. Jej obecność w trakcie pracy mojego gabinetu nie jest faktycznie potrzebna”.

(dowód: akta kontroli str. 26-96, 138-139, 142-143, 171-172)

Niewykonywanie świadczeń zgodnie z załącznikiem do umowy (harmonogramem) i niepowiadomienie dyrektora ŚOW NFZ o zmianach w harmonogramie było naruszeniem § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie umów.

2. W załączniku nr 2 do umowy z NFZ przedstawiono zasoby sprzętu medycznego przeznaczonego do udzielania świadczeń, w tym aparat EKG o numerze MDD93/42/EEC z 2004 r. W trakcie oględzin ustalono, że aparat ten nie jest już używany i został skasowany. Świadczeniodawca nie zgłosił do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ tej zmiany przez co naruszył § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie umów.

W złożonych wyjaśnieniach Świadczeniodawca podała, że nie uczyniła tego przez zapomnienie.

(dowód: akta kontroli str. 26-96, 171-175)

3. W załączniku do umowy nr 3 Podwykonawcy wykazano - Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu. Przedmiotem podwykonawstwa miały być badania rentgenodiagnostyczne, badania laboratoryjne i mikrobiologiczne oraz transport sanitarny. Nie wykazano pozostałych podwykonawców takich jak NZOZ MEDICA 2000 s.c. z siedzibą w Żywcu al. Piłsudskiego 76, z którym Świadczeniodawca zawarł umowę o wykonywanie badań serca z wykorzystaniem aparatu ALOKA SSD 4000CV, oraz NZOZ Ośrodek Diagnostyki, Rehabilitacji i Profilaktyki Kardiologicznej „CORVITA” Spółka Jawna Grzegorz Gałuszka, Rafał Kluba z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. Zamojskiego, z którym Świadczeniodawca zawarł umowę o wykonywanie badań EKG wysiłkowego.

Świadczeniodawca nie zgłosił do dyrektora ŚOW NFZ tej zmiany przez co naruszył § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie umów. W złożonych wyjaśnieniach Świadczeniodawca podała, że nie uczyniła tego przez zapomnienie.

(dowód: akta kontroli str. 99-101, 172)

Ocena cząstkowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w AOS

Opis stanu faktycznego

Świadczeniodawca posiadała informację o lekarzach POZ leczących jej pacjentów. Po ustaleniu diagnozy Świadczeniodawca przekazywała w formie pisemnej, za pośrednictwem pacjenta, do lekarza POZ istotne informacje na temat diagnozy i innych zaleceń dotyczących leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 140-141)

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

Świadczeniodawca do prowadzenia dokumentacji medycznej stosowała system komputerowy mMEDICA PS+. Wykorzystywała go do prowadzenia księgi przyjęć i listy oczekujących na świadczenie. Indywidualna wewnętrzna dokumentacja medyczna prowadzona była w formie papierowej.

Księga przyjęć prowadzona była w wersji elektronicznej. Zawierała wszystkie elementy określone w § 44 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹. Dane do księgi były wpisywane po udzieleniu porady przez lekarza specjalistę.

(dowód: akta kontroli str. 144)

Indywidualna wewnętrzna dokumentacja medyczna była prowadzona w formie papierowej zgodnie z rozporządzeniem ws. dokumentacji medycznej. Zbadano 5% dokumentacji pacjentów przyjętych w czerwcu 2014 r.. We wszystkich przypadkach zamieszczono informacje o przebytych chorobach poważnych, przewlekłych, zabiegach chirurgicznych, obciążeniach dziedzicznych, wzroście i masie pacjenta oraz BMI. Dokumentacja porad przeprowadzonych w czerwcu 2014 r. w każdym badanym przypadku zawierała opis badania podmiotowego i przedmiotowego, zlecenia badań diagnostycznych i zabiegów, opisy wyników badań i informacje o zaordynowanych lekach, datę i podpis lekarza. We wszystkich uzasadnionych i rozpoznanych przypadkach dokonano wpisu o rozpoznaniu choroby i przekazano te informacje do lekarza POZ na stosownym druku.

(dowód: akta kontroli str. 140-141)

⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm., dalej: „rozporządzenie ws. dokumentacji medycznej”

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej badanej grupy w 11% przypadków nie odnotowano informacji o pobytach w szpitalu, w 24% nie odnotowano informacji o stanie uzębienia, a w 76% o szczepieniach i stosowanych surowicach.

Ustalono
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.

5. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej zabezpieczona była poprzez ograniczenie dostępu dla osób nieuprawnionych w formie klucza elektronicznego (karty) dostępnego jedynie dla personelu Poradni. Dane w formie elektronicznej przechowywane były w komputerze Poradni.

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej przechowywana była w pomieszczeniu rejestracji Poradni w metalowych szafkach zamykanych na klucz.

Na tablicy ogłoszeń zamieszczono informację o możliwości udostępnienia pacjentom dokumentacji medycznej, w tym o wysokości opłat za poszczególne rodzaje odpisów lub kopii dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str.139-141, 144)

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

Opis stanu
faktycznego

Lista oczekujących na świadczenie dla pacjentów rejestrowanych pierwszy raz w przychodni była prowadzona w formie elektronicznej w programie mMEDICA PS+. Zapisów na tę listę można było dokonać w czasie pracy Poradni. Pacjent zgłaszał się osobiście do lekarza ze skierowaniem lub telefonicznie. O wpisie na listę każdorazowo decydował lekarz, który ustalał termin wizyty, biorąc pod uwagę stan pacjenta: stabilny czy pilny. Następnie lekarz wpisywał nazwisko pacjenta do prowadzonego przez siebie, w formie pisemnej kalendarza ustalając datę wizyty. Po zgłoszeniu się pacjenta na wizytę, skreślano wpis dotyczący tej osoby z Listy oczekujących. Na ekranie komputera, w zakładce lista oczekujących (kolejka), według stanu na dzień oględzin, odnotowano pozycje dotyczące m.in. numeru kolejnego wpisu na listę, datę i godzinę wpisu, dane pacjenta, rozpoznanie lub powód przyjęcia na listę, termin planowanego i faktycznego udzielenia świadczenia,

określenie osoby dokonującej wpisu (lekarz). Ponadto znajdowały się kolumny: inny kontakt ze świadczeniobiorcą, data ostatniej zmiany, powód ostatniej zmiany, data skreślenia z listy, powód skreślenia z listy, data modyfikacji, określenie kategorii PILNY - wszystkie te kolumny w dniu oględzin były niewypełnione.

Nie można było w ww. programie sprawdzić liczby skreśleń świadczeniobiorców z listy oczekujących jak i odnotowanych zmian terminów przyjęć. Miejscem przechowywania listy oczekujących była pamięć komputera.

Świadczeniodawca oświadczył, że nie jest w stanie wygenerować z systemu informatycznego danych z list oczekujących z ostatnich trzech miesięcy (tj. za miesiąc listopad, październik, wrzesień 2014 r.) ponieważ raporty te są wysyłane drogą elektroniczną do NFZ i nie pozostaje wersja pisana. W związku z faktem, że lista oczekujących jest listą aktualizowaną na bieżąco i oczekujący pacjent jest z niej skreślany po odbyciu pierwszej wizyty, a zapisy nie są archiwizowane, nie ma możliwości sprawdzenia liczby oczekujących (w tym tych, którzy się na wizytę zapisali a nie zgłosili) i rzeczywistego czasu oczekiwania na wizytę, poza danymi aktualnymi. Nie ma możliwości porównania stanu faktycznego z listami danych przesłanych drogą elektroniczną do ŚOW NFZ oraz prawidłowości wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie wyliczany jest przez system informatyczny automatycznie.

W sprawozdaniach przedstawionych przez Świadczeniodawcę, a wysłanych na zewnątrz na dzień 30 września 2014 r. było 23 oczekujących pacjentów stabilnych, przy czasie oczekiwania szacowanym na 65 dni, rzeczywistym 53 dni; na dzień 31 października 2014 r. było 24 oczekujących pacjentów stabilnych, przy czasie oczekiwania szacowanym na 77 dni, rzeczywistym 50 dni; na dzień 30 listopada 2014 r. było 39 oczekujących pacjentów stabilnych, przy czasie oczekiwania szacowanym na 78 dni, rzeczywistym 49 dni. Na koniec ww. miesięcy nie odnotowano oczekujących przypadków pilnych. We wrześniu 2014 r. przyjęto cztery osoby jako przypadki pilne, w październiku 2014 r. nie było takich przypadków, a w listopadzie jeden przypadek pilny, przy rzeczywistym czasie oczekiwania w tym okresie wykazany w sprawozdaniu - 8 dni.

(dowód: akta kontroli str.176-177)

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie listy oczekujących była lekarz, Pani Alina Kuś-Kędziorska.

(dowód: akta kontroli str. 145)

Świadczeniodawca przekazywała informacje statystyczne o listach osób oczekujących na świadczenie dwukrotnie w miesiącu do ŚOW NFZ i do Ministra Zdrowia, stosownie do przepisu art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰.

Nie zorganizowano systemu powiadamiania pacjentów o zbliżającym się terminie wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 172)

Świadczeniodawca zapewniała dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym, wymienionym w art. 47c ustawy o świadczeniach zdrowotnych, przyjmując ich poza kolejnością. Informacja o takim trybie przyjęć była umieszczona na tablicy ogłoszeń w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 139, 172)

¹⁰ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 ze zm., zwanej dalej „Ustawą o świadczeniach”

Ustalono
nieprawidłowości

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

Świadczeniodawca prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia był obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Świadczeniodawca nie wykonał tego obowiązku przez co naruszył art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyjaśnieniach Świadczeniodawca podała, że w jej ocenie „zdecydowana większość pacjentów jest starszych wiekiem i nie korzysta ona z dobrodziejstwa internetu”, stąd nie widzi potrzeby wprowadzenia tej drogi kontaktu pacjentów z Poradnią.

(dowód: akta kontroli str. 172)

Ocena częściowa

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

7. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

Opis stanu
faktycznego

Umowa z NFZ

W umowie nr 122/302426/02/1/2011 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawartej ze ŚOW NFZ, w zał. Nr 1 ustalono liczbę i wartość zakontraktowanych świadczeń w zakresie kardiologii, w podziale na poszczególne miesiące 2011 roku.

Zasoby i podwykonawców Świadczeniodawcy przedstawiono w załącznikach nr 2 i 3 do umowy z NFZ. Załączniki te zostały szerzej opisane w poprzednich punktach wystąpienia. Do ww. umowy podpisano 15 aneksów, w których zmieniano kwoty umowy, przedłużono czas jej trwania oraz wskazywano nowe regulacje wynikające ze zmian zarządzeń Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 24-96)

Umowy z podwykonawcami

W dniu 23 lutego 2009 r. Świadczeniodawca zawarł z NZOZ MEDICA 2000 s.c. z siedzibą w Żywcu al. Piłsudskiego 76 umowę o użyczenie aparatu ALOKA SSD 4000CV do wykonywania badań serca.

W dniu 22 września 2010 r. Świadczeniodawca zawarł z ZZOZ w Żywcu ul. Sienkiewicza 52 umowę o wykonywanie badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i badań rentgenodiagnostycznych typu II.

W dniu 30 listopada 2011 r. Świadczeniodawca zawarł z NZOZ Ośrodkiem Diagnostyki, Rehabilitacji i Profilaktyki Kardiologicznej „CORVITA” Spółka Jawna Grzegorz Gałuszka, Rafał Kluba z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. Zamojskiego umowę o wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Świadczeniodawcy w 2012 roku.

(dowód: akta kontroli str. 97-101)

Liczba świadczeń. Nadwykonania

Liczba udzielonych porad¹¹ w 2012 roku wyniosła 4 843 za co NFZ zapłacił 230 170,20 zł, w roku 2013 wyniosła 4 845 za co NFZ zapłacił 245 653,80 zł, a w roku 2014 (do końca listopada) wyniosła 4 474 za co NFZ zapłacił 223 468,00 zł.

¹¹ Z systemu mMEDICA PS+ nie można uzyskać danych dotyczących liczby osób przyjmowanych przez poradnię w latach 2012-2014. W Poradni można jedynie ustalić liczbę porad, a nie pacjentów.

W 2012 r. Świadczeniodawca udzielił porad przekraczających wartość określoną w umowie (nadwykonania) o 3 105 punktów rozliczeniowych o wartości 28 566 zł. Nadwykonania zostały zapłacone w całości przez NFZ w lutym 2013 r. W okresie objętym kontrolą na Świadczeniodawcę nie nakładano kar umownych.

(dowód: akta kontroli str. 126-136, 146-170, 173, 176)

Kontrole NFZ

W dniu 11 września 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa Śląskiego i przedstawicielka ŚOW NFZ w Katowicach przeprowadzili kontrolę realizacji umowy z NFZ w zakresie sposobu i prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni specjalistycznej, częstotliwości porad udzielanych średniorocznie jednemu statystycznemu pacjentowi oraz zasad i warunków udzielania świadczeń. Kontrolę przeprowadzono w siedzibie Świadczeniodawcy. Żądano informacji i wizytowano pomieszczenia. W wyniku kontroli stwierdzono, że ogólna ocena poradni jest dobra.

(dowód: akta kontroli str. 102-107, 137)

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 Kontroli¹², wnosi o:

1. Sporządzenie regulaminu organizacyjnego zgodnie z art. 23 i art. 24 ustawy o działalności leczniczej.
2. Świadczenie usług medycznych zgodnie z postanowieniami umowy ze ŚOW NFZ, tj. w godzinach określonych w umowie.
3. Zapewnienie zgodności liczby, rodzaju i czasu pracy personelu z wymogami określonymi w umowie zawartej ze ŚOW NFZ.
4. Poinformowanie dyrektora ŚOW NFZ o wszystkich odstępstwach od postanowień umowy z NFZ.
5. Umożliwienie świadczeniobiorcom zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania

¹² Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania ich o terminie udzielenia świadczenia.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia 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 27 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler nadzorujący
Eugeniusz Rejman
Doradca ekonomiczny

.....
Podpis

.....
Podpis