



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-031-05/2014

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 ¹ finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Wiesław Pietrzyk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92417 z dnia 27 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „EPM-Osada” Sp. z o.o. ² , Tarnowskie Góry (kod 42-606), ul. Słoneczników 44 ³
Kierownik jednostki kontrolowanej	Arkadiusz Wolnik – Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 3-14)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości⁴ działalność Świadczeniodawcy w zbadanym zakresie w latach 2012-2014.

Pozytywnie oceniono:

- udzielanie świadczeń AOS zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach⁵, w tym wykonywanie ww. świadczeń w oparciu o odpowiednie zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe,
- zapewnienie dostępności świadczeń AOS i badań diagnostycznych,
- współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń medycznych,
- zabezpieczenie dokumentacji medycznej,
- zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do świadczeń medycznych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezaktualizowania wpisów w rejestrze, mimo upływu z dniem 31 grudnia 2012 r. terminu na dokonanie zmian, stosownie do postanowień art. 217 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶,
- nieaktualizowania Regulaminu organizacyjnego w zakresie struktury organizacyjnej Zakładu, mimo wymogu wynikającego z art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- niepoinformowania NFZ przez Świadczeniodawcę o aktualnym potencjale wykonawczym (rejestrator długotrwałych zapisów ciśnienia tętniczego) przeznaczonym do realizacji umowy (zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące do wykonywania świadczeń), co stanowiło naruszenie § 2 pkt 9 umowy nr 126/211982/02/1/2011 z 24 stycznia 2011 r. ze ŚOW NFZ (wraz z późniejszymi aneksami),
- nieodnotowywania w księgach przyjęć pacjentów Poradni kardiologicznej i diabetologicznej godziny zgłoszenia się pacjenta oraz nieoznaczenie księgi numerem, co było niezgodne z § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

¹ Zwana dalej „AOS”.

² Zwany dalej „Świadczeniodawcą”, lub „Zakładem”.

³ Regon 24109964100029.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

⁵ Zwany dalej „NFZ” lub „Funduszem”.

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm., zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷,

- niezamieszczanie w indywidualnej dokumentacji medycznej historii zdrowia i choroby wszystkich elementów wymaganych przepisami § 42 ust. 3 i ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- nierejestrowanie w prowadzonych listach oczekujących pacjentów wszystkich elementów wymaganych przepisami art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸,
- niezapewnienie pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących i powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia wymaganych art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacyjna świadczeniodawcy AOS

Opis stanu
faktycznego

Zakład został utworzony 18 lutego 2009 r. uchwałą Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Spółki na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁹ w związku z § 10 ust. 2 pkt 3 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej¹⁰ i rozpoczął działalność leczniczą 1 sierpnia 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-14)

Świadczeniodawca został w dniu 18 maja 2009 r. wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego^{11,12}. Ostatnia aktualizacja wpisu w Rejestrze miała miejsce 6 sierpnia 2014 r. i dotyczyła informacji o zawartej umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej¹³. Świadczeniodawca nie dokonał aktualizacji dotyczącej liczby komórek organizacyjnych nieudzielających świadczeń medycznych, co opisano poniżej w pkt 1 nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 15-34)

Według stanu na dzień 3 grudnia 2014 r. w zakresie udzielania opieki specjalistycznej Świadczeniodawca faktycznie udzielał świadczeń medycznych w komórkach organizacyjnych o następujących profilach leczenia: Poradnia kardiologiczna (1100¹⁴), Poradnia diabetologiczna (1020), Poradnia ginekologiczna, w tym świadczenia pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego oraz świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii (1452), Poradnia otolaryngologiczna, w tym gabinet diagnostyczno-zabiegowy (1610), Poradnia neurologiczna (1220), Poradnia alergologiczna (1010), Pracownia USG (7210), Poradnia chorób metabolicznych (1008). Na udzielanie świadczeń medycznych w ww. zakresie Świadczeniodawca zawarł w dniu 24 stycznia 2011 r. umowę¹⁵ z Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach. Zmiany tej umowy opisano w punkcie 8 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 15-121, 122-151, 152-164, 165)

W obowiązującym Regulaminie organizacyjnym Zakładu, wprowadzonym 1 lipca 2011 r., określono: cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej, przebieg procesu udzielania świadczeń medycznych oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych. Zakres udzielanych specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych ujęty w ww. regulaminie

⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”

⁸ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”

⁹ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹⁰ Dz. U. Nr 169, poz. 1781 ze zm.

¹¹ Nr księgi 000000023195 - oznaczenie organu: W - 24

¹² Zwany dalej „Rejestr wojewody”.

¹³ Okres ubezpieczenia od 1 sierpnia 2014 do 31 lipca 2015 r.

¹⁴ Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

¹⁵ Załącznik nr 02/01/AOS/2014 do aneksu nr 1/02/1/2014 do umowy nr 126/211982/02/1/2013 z 17.01.2014 r. - umowa obowiązująca od 1.01.2014 r. do 31.12.2014 r.

był niezgodny z faktycznie udzielanymi świadczeniami, co opisano poniżej w pkt. 2 nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 165-176)

Świadczeniodawca nie posiadał akredytacji, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹⁶.

W dniu 14 sierpnia 2014 r. Świadczeniodawca uzyskał certyfikat jakości, którego ważność upływa 6 sierpnia 2017 r. Według podmiotu, który wydał certyfikat system zarządzania Zakładem¹⁷ spełniał wymagania normy ISO 9001: 2008 pod nr 10916 z zakresu usług medycznych obejmującego świadczenia m.in. AOS.

(dowód: akta kontroli str. 177-185)

Godziny przyjęć lekarzy specjalistów w poszczególnych poradniach AOS wynikające z informacji dla świadczeniobiorców udostępnionych przez Świadczeniodawcę na tablicach ogłoszeń umieszczonych wewnątrz i na zewnątrz Zakładu były zgodne z załącznikiem nr 2 do umowy z 2014 r. z NFZ (harmonogram-zasoby) oraz zgodne z informacjami po zmianach¹⁸ umieszczonymi w Portalu Świadczeniodawcy¹⁹. Natomiast informacje o godzinach przyjęć lekarzy specjalistów umieszczone na drzwiach poszczególnych poradni były niepełne, co opisano poniżej w uwagach.

(dowód: akta kontroli str. 122-151, 152-165, 186-189)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Według stanu na dzień 3 grudnia 2014 r. Świadczeniodawca w Rejestrze Wojewody wykazał działalność Poradni nadciśnienia tętniczego, Poradni endokrynologicznej, Poradni gruźlicy i chorób płuc, Poradni reumatologicznej, Poradni medycyny pracy, Poradni fizjoterapii i Poradni logopedycznej. Oględziny przeprowadzone w dniu 4 grudnia 2014 r. nie wykazały działalności takich komórek organizacyjnych na terenie Zakładu. Świadczeniodawca nie dokonał zmian i nie uaktualnił wpisu do ww. Rejestru, pomimo iż stosownie do art. 217 ust. 3 ustawy, z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej termin dostosowania wpisu do przepisów upłynął 31 grudnia 2012 r. Stanowiło to naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowił, że podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru był obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że nie wykreślono ww. poradni z Rejestru Wojewody z uwagi na planowane przez Zarząd uruchomienie ich na zasadach komercyjnych. W trakcie kontroli, w dniu 30 grudnia 2014 r. Prezes Zarządu złożył organowi rejestrowemu wniosek o wykreślenie z rejestru Poradni: endokrynologicznej, reumatologicznej, rehabilitacyjnej, medycyny pracy i logopedycznej.

(dowód: akta kontroli str. 15-151, 152-164, 165, 174, 391, 393, 399-401)

2. Świadczeniodawca nie aktualizował Regulaminu organizacyjnego Zakładu od momentu jego wprowadzenia, tj. od 1 lipca 2011 r., bowiem w § 1 pkt 3 lit. f-k regulaminu zapisano udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych w zakresie endokrynologii, reumatologii, rehabilitacji, medycyny pracy, logopedii, na udzielanie, na wykonywanie, których świadczeniodawca nie zorganizował. W trakcie oględzin Zakładu nie stwierdzono prowadzenia działalności w ww. zakresie. Stanowiło to naruszenie art. 24 ust 1 pkt 3 i pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie, z którym w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności: strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu i rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

¹⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

¹⁷ Ocena z 7 sierpnia 2014 r.

¹⁸ Zmiana harmonogramu w zakresie lekarza specjalisty alergologa wprowadzona do Portalu Świadczeniodawcy w dniu 25 lutego 2014 r. oraz dwie zmiany w zakresie dodatkowych godzin udzielania świadczeń lekarza specjalisty położnika ginekologa i lekarza specjalisty otolaryngologa wprowadzone do Portalu Świadczeniodawcy w dniu 24 czerwca 2014 r.

¹⁹ Aplikacja informatyczna udostępniona przez NFZ.

Pełnomocnik Zarządu do spraw Lecznictwa wyjaśnił, że brak możliwości uruchomienia ww. poradni na zasadach komercyjnych będzie skutkowało wprowadzeniem zmian w regulaminie organizacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 165-166-176, 398)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK wskazuje na brak informacji na drzwiach Poradni Alergologicznej, Diabetologicznej, Metabolicznej, Neurologicznej o godzinach pracy lekarzy specjalistów oraz brak części informacji o godzinach pracy na drzwiach Poradni Kardiologicznej, Ginekologicznej i Otolaryngologicznej. Ponadto nie zaktualizowano czasu pracy podanego na drzwiach Poradni Kardiologicznej²⁰ i Otolaryngologicznej²¹ gdzie godziny pracy lekarzy były niezgodne z harmonogramem po zmianach umieszczonych w Portalu Świadczeniodawcy. Pełnomocnik Zarządu do spraw Lecznictwa stwierdził, że ww. informacje zostaną ujednolicone i na drzwiach poradni będzie umieszczona tylko informacja dotycząca rodzaju poradni, natomiast harmonogram pracy w zestawieniu zbiorczym będzie umieszczony na tablicach informacyjnych.

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

Ocena częściowa

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

Opis stanu
faktycznego

Zasoby Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń we wszystkich poradniach specjalistycznych AOS, tj. pomieszczenia, zaopatrzenie w sprzęt medyczny spełniały wymagania sanitarne i techniczne oraz zapewniały realizację umowy zawartej z NFZ, były zgodne z wymogami określonymi w części V załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²² oraz z Zarządzeniem Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS²³. Sprzęt medyczny był kompletny, jednak w jednym przypadku rejestratora zapisów ciśnienia tętniczego²⁴ nie posiadał aktualnego dokumentu potwierdzającego jego sprawność.

(dowód: akta kontroli str. 152-165, 190-195, 209-213)

Ogłędziny przeprowadzone na terenie Zakładu wykazały, że Świadczeniodawca zapewnił dostęp osobom niepełnosprawnym do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne. Przy wejściu do Zakładu od ul. Słoneczników znajdował się podjazd dla osób niepełnosprawnych wraz z poręczami. Wejście od ul. Miodowej nie wymagało takiego podjazdu. Wewnątrz budynku ze względu na różnicę poziomów pomiędzy budynkami wykonano również podjazd dla osób niepełnosprawnych. W Zakładzie wyodrębniono oddzielne toalety dla niepełnosprawnych z odpowiednimi udogodnieniami.

(dowód: akta kontroli str. 196-199)

Zakład spełniał wymagania informacyjne opisane w § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie warunków umów. Informacje były umieszczone na tablicy ogłoszeń przy wejściu do Zakładu w strefie rejestracji pacjentów oraz na dwóch tablicach ogłoszeń w korytarzach i zawierały m.in. harmonogram pracy poradni specjalistycznych wraz z imionami i nazwiskami osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania, trybie składania skarg i wniosków, prawach pacjenta, adresach oraz numerach telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi

²⁰ W harmonogramie zapisano czas pracy lekarza kardiologa w środy od godz. 12.⁰⁰ – 16.⁰⁰ a na drzwiach poradni od godz. 12.⁰⁰ – 15.⁰⁰ a więc o godzinę krócej.

²¹ W harmonogramie zapisano czas pracy lekarza otolaryngologa we wtorki od godz. 15.³⁰ – 19.³⁰, we środy od 8.⁰⁰ – 14.⁰⁰ i w czwartki od 15.³⁰ – 19.³⁰ a na drzwiach poradni we wtorki od godz. 16.³⁰ – 18.³⁰ (o 2 godziny krócej), we środy od 8.⁰⁰ – 13.³⁰ (o 30 minut krócej) i w czwartki od 15.¹⁵ – 17.¹⁵ (o 2 godziny krócej). Nie wpisano również na drzwiach poradni dnia i godziny przyjęć w środy od 16.⁰⁰ – 18.⁰⁰.

²² Zwany dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.), które weszło w życie 12 listopada 2013 r.

²³ Zmiany zarządzenia z dnia 21 grudnia 2012 r. (nr zarządzenia 100/2012/DSOZ) i z dnia 31 maja 2013 r. (nr 32/2013/DSOZ), - zwane dalej zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie realizacji umów AOS.

²⁴ Zakład posiadał na wyposażeniu dwa takie urządzenia jednak tylko jedno z nich było wyszczególnione w harmonogramie – zasoby.

w umowie i świadczeniach ratownictwa medycznego oraz osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str. 200-206)

W latach 2012-2014 (do 7 listopada) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu przeprowadził siedem kontroli u Świadczeniodawcy, które obejmowały swym zakresem spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego oraz wykonywania i dokumentowania szczepień ochronnych. Żadna z ww. kontroli nie wykazała nieprawidłowości.

W jednym przypadku, w dniu 17 czerwca 2013 r., pouczone Świadczeniodawcę o konieczności przeprowadzania kontroli wewnętrznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zalecenie zostało zrealizowane przez Świadczeniodawcę i w okresie od 25 listopada 2013 r. do 30 października 2014 r. przeprowadzono trzy kontrole wewnętrzne w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Nieprawidłowości nie stwierdzono.

(dowód: akta kontroli str. 207-208)

Zasoby kadrowe Świadczeniodawcy były zgodne z postanowieniami załącznika nr 2 do zawartej z NFZ w dniu 24 stycznia 2011 r. umowy ze zmianami.

Stosownie do zapisów umowy zawartej z NFZ świadczenia AOS były wykonywane w siedmiu poradniach specjalistycznych przez 14 lekarzy specjalistów²⁵, którzy posiadali kwalifikacje określone w umowie zawartej z NFZ i były zgodne w wymogami określonymi w załączniku nr 1 pkt 1, pkt 2, pkt 4, pkt 14, pkt 22, pkt 34 i pkt 52 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie realizacji umów AOS.

Czas pracy poszczególnych ww. lekarzy w poradniach specjalistycznych Zakładu nie przekraczał 12 godzin tygodniowo i sześciu godzin na dobę.

(dowód: akta kontroli str. 134-148, 186-189)

W okresie poddanym kontroli Zakład dokonał obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Minimalne sumy gwarancyjne ubezpieczenia OC były zgodne z wymogami określonymi w § 3 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁶.

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 214-225)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość: Przeprowadzone w dniu 4 grudnia 2014 r. oględziny wykazały, że Świadczeniodawca nie posiadał dokumentów potwierdzających wykonanie przez uprawniony podmiot aktualnego przeglądu jednego urządzenia - rejestratora długotrwałych zapisów ciśnienia tętniczego tzw. Holtera o nr seryjnym 2430PC będącego na wyposażeniu Poradni kardiologicznej i wykazanego w Harmonogramie–zasobach, co stanowiło naruszenie § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁷. Zgodnie z tym przepisem Świadczeniodawca był zobowiązany do udzielania świadczeń w warunkach wymaganych od świadczeniodawców, określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu

²⁵ Poradnia metaboliczna - specjalista chorób wewnętrznych w wymiarze 12 godzin tygodniowo. Poradnia alergologiczna - specjalista alergolog w wymiarze 4 godzin tygodniowo, specjalista alergolog w wymiarze 5 godzin tygodniowo oraz drugi specjalista alergolog w wymiarze 4 godzin tygodniowo. Poradnia diabetologiczna - specjalista diabetolog w wymiarze 12 godzin tygodniowo. Poradnia kardiologiczna - specjalista kardiolog w wymiarze 6 godzin tygodniowo, specjalista kardiolog w wymiarze 4 godzin tygodniowo i specjalista chorób wewnętrznych, w trakcie specjalizacji w dziedzinie hipertensjologii w wymiarze 3 godzin tygodniowo. Poradnia neurologiczna - specjalista neurolog w wymiarze 7,5 godziny tygodniowo i specjalista neurolog w wymiarze 7 godzin tygodniowo. Poradnia ginekologiczna i położnictwa - specjalista położnictwa i ginekologii w wymiarze 11 godzin tygodniowo i specjalista położnictwa i ginekologii w wymiarze 4 godzin tygodniowo. Poradnia otolaryngologiczna - specjalista otolaryngolog w wymiarze 6 godzin tygodniowo i specjalista otolaryngolog w wymiarze 10 godzin tygodniowo.

²⁶ Dz. U. Nr 293, poz. 1729.

²⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie warunków umów”.

medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

W trakcie kontroli sprzęt został zutilizowany, a Prezes Zarządu wyjaśnił, że ww. sprzęt nie nadawał się do naprawy. Ponadto Prezes wyjaśnił, że Zakład w 2011 r. zakupił nowy sprzęt tego typu, którego przegląd jest ważny do 2 stycznia 2015 r. oraz, że w 2013 r. zakupiono kolejny taki sprzęt, który jest jeszcze na gwarancji. Prezes przedstawił stosowną dokumentację. Niepoinformowanie NFZ przez Świadczeniodawcę o aktualnym potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy (zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące do wykonywania świadczeń) stanowiło naruszenie § 2 pkt 9 umowy nr 126/211982/02/1/2011 z 24 stycznia 2011 r. ze ŚOW NFZ (wraz z późniejszymi aneksami).

(dowód: akta kontroli str. 139, 163, 209-210, 391, 393)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie pomimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

Ocena częściowa

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w AOS

Opis stanu faktycznego

Lekarz AOS przekazywał lekarzowi POZ informacje o stanie zdrowia świadczeniobiorców w zakresie udzielonych świadczeń, planach dalszego postępowania i wskazówkach dla lekarza kierującego na drukach pn. „Informacja dla lekarza kierującego /POZ”, które były zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia nr 82 /2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 226)

Oględziny indywidualnej dokumentacji medycznej 20 pacjentów Poradni kardiologicznej i diabetologicznej²⁸ wykazały, że lekarze specjaliści raz w roku lub częściej w przypadku wystąpienia okoliczności mających wpływ na stan zdrowia świadczeniobiorcy informowali na ww. drukach lekarza POZ o zmianach w dalszym sposobie postępowania z pacjentem.

(dowód: akta kontroli str. 226-230)

Ustalone nieprawidłowości

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

Ocena częściowa

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Stosownie do § 40 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie dokumentacji, Księgę przyjęć pacjentów prowadzono w wersji elektronicznej przy wykorzystaniu systemu informatycznego pn. Komputerowy System Obsługi Przychodni w wersji 2.9.2., na który Świadczeniodawca posiadał licencję²⁹ użytkowania na czas nieokreślony. W zakresie ogólnym System zapewniał m.in. gromadzenie niezbędnych informacji wymaganych przez NFZ dotyczących realizacji umowy, w tym możliwość eksportu danych w standardowych formach (txt, xls, xml). W zakresie funkcjonalności związanej z medycyną system umożliwiał m.in. obsługę wielokartotekowości jednostki, definiowanie czasu pracy dla poszczególnego personelu medycznego, rezerwację wizyt pacjentów tylko w terminach pracy personelu medycznego, obsługę listy zarezerwowanych wizyt u lekarza, rezerwację przez Internet terminów wizyt przez pacjenta, automatyczne tworzenie listy kolejki oczekujących (dla NFZ) na podstawie zarezerwowanych wizyt w terminarzu, wyróżnienie w terminarzu wizyt, które zostały wykonane. W zakresie finansów system zapewniał obsługę kontraktów zawartych z NFZ oraz spełnienie wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁰.

²⁸ Oględzinom poddano indywidualną dokumentację medyczną 10 pacjentów z 56 (17,8 %) pacjentów przyjętych przez lekarza, diabetologa i dokumentację medyczną 10 pacjentów z 68 (14,7 %) przyjętych przez lekarzy kardiologów w czerwcu 2014 r. (wg dziennych zestawień przyjęć w poszczególnych poradniach).

²⁹ Licencja od 7 sierpnia 2009 r., zwany dalej „Systemem”.

³⁰ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 192-195, 235-238)

Na podstawie analizy 490 wpisów w księdze przyjęć dokonanych w styczniu i w czerwcu 2014 r. w Poradni kardiologicznej (243 wpisów) i diabetologicznej (247 wpisów) ustalono, że zawierały one informacje wymagane § 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji z wyjątkiem nieodnotowywania numeru księgi i faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta, co opisano poniżej w nieprawidłowościach w pkt 4.

Analiza ww. wpisów wykazała, że 459 świadczeniobiorców zostało przyjętych jednorazowo w miesiącu, 14 dwukrotnie i jeden trzykrotnie w miesiącu. Ponadto analiza 761 wpisów z trzech kolejnych miesięcy (czerwiec-sierpień 2014 r.) wykazała, że 628 świadczeniobiorców zostało przyjętych jednorazowo w miesiącu, 52 dwukrotnie, siedmioro trzykrotnie i dwoje czterokrotnie. W ww. okresach nie odnotowano świadczeniobiorców przyjmowanych pięć lub więcej razy.

(dowód: akta kontroli str. 231-234)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Analiza 1 311 wpisów do księgi przyjęć świadczeniobiorców w Poradni kardiologicznej i diabetologicznej w styczniu, czerwcu, lipcu i sierpniu 2014 r. wykazała, że Księgi przyjęć do Poradni kardiologicznej i diabetologicznej nie posiadały oznaczenia ich numeru. Godziny zgłoszenia pacjentów nie odzwierciedlały stanu faktycznego, bowiem w zdecydowanej większości przypadków odnotowano taką samą godzinę i minutę zgłoszenia pacjenta (przykładowo w styczniu 2014 r. w poradni diabetologicznej godzina 10³³) lub wpisywano pacjentów w odstępie czasowym od 1 do 3 minut. Stanowiło to naruszenie § 44 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, zgodnie z którym Księga przyjęć powinna być opatrzona numerem oraz zawierać datę i godzinę zgłoszenia pacjenta.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że poradnia obsługiwała bardzo dużą liczbę pacjentów i nie było możliwości na bieżąco odnotowywania godziny ich przyjęcia. Zwyczajowo wpisów dokonywano po zakończeniu przyjęć przez danego lekarza. W odniesieniu do numeru księgi ww. wyjaśnił, że system nie przewidywał takiej możliwości. Prezes poinformował również, że Zakład podpisał umowę na dostawę i instalację programu mMedica, który od 1 stycznia 2015 r. będzie obsługiwał poradnię. Koszt obsługi rejestracji i obsługi poradni szacunkowo wyniesie rocznie 9,5 tys. zł

(dowód: akta kontroli str. 231-234, 239-347, 391- 394)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie pomimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

Ocena częściowa

5. Dostępność świadczeń AOS i badań diagnostycznych.

Opis stanu
faktycznego

W wyniku szczegółowego badania indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci prowadzonej w wersji papierowej historii zdrowia i choroby 20 pacjentów (pierwszorazowych i kontynuujących leczenie) w wieku 35-65 lat, którzy skorzystali w czerwcu 2014 r. ze świadczeń medycznych w Poradni kardiologicznej i diabetologicznej stwierdzono, że dokumentacja zawierała wszystkie elementy wskazane w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³¹, tj. m.in. informacje identyfikujące świadczeniobiorcę.

W 4 kartach odnotowano wpisy o przebytych poważnych chorobach, w 19 o chorobach przewlekłych, w 11 o pobytach w szpitalu w czterech o zabiegach chirurgicznych, w jednej o szczepieniach ochronnych i podanych surowicach, w ośmiu podano informację o uczuleniach w dziewięciu o obciążeniach dziedzicznych i w 13 o pomiarze wzrostu i masy ciała pacjenta (BMI). Żadna z kart nie zawierała informacji o stanie uzębienia pacjentów.

Analiza dokumentacji pojedynczych porad ww. pacjentów z czerwca 2014 r. wykazała, że we wszystkich kartach poddanych badaniu odnotowano rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu oraz informację o przepisanych lekach. W 19 przypadkach opisano badania przedmiotowe a w 18 badania podmiotowe oraz dokonano opisu wyników badań diagnostycznych. W 15 przypadkach zlecono badania diagnostyczne, skierowano pacjenta do innej przychodni specjalistycznej lub do szpitala. Z przedstawionych ww. informacji

³¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm., zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

wynikało, że dokumentacja nie zawierała wszystkich elementów wskazanych w § 42 ust 3 i ust 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, co opisano poniżej w nieprawidłowościach w pkt 6.

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) pacjenci z badanej próby skorzystali ze 131 porad, które zostały odnotowane w dokumentacji (zamieszczono datę i podpis lekarza dokonującego wpisu). W trakcie tych wizyt wykonano ogółem 122 pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR), 84 pomiary poziomu cukru we krwi i 17 pomiarów poziomu hemoglobiny glikowanej (tylko w Poradni diabetologicznej).

(dowód: akta kontroli str. 226-230)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Szczegółowa analiza indywidualnej dokumentacji medycznej historii zdrowia i choroby 20 pacjentów w wieku 35-65 lat, którzy skorzystali w czerwcu 2014 r. ze świadczeń medycznych w Poradni kardiologicznej i diabetologicznej wykazała (w części ww. historii dotyczącej ogólnego stanu zdrowia) brak wpisów o:

- przebytych poważnych chorobach (w Poradni kardiologicznej w 8 przypadkach i w Poradni diabetologicznej w 7 przypadkach),
- przebytych zabiegach chirurgicznych (w Poradni kardiologicznej w 9 przypadkach i w Poradni diabetologicznej w 8 przypadkach),
- uczuleniach lub ich niewystępowaniu (w Poradni kardiologicznej w 3 przypadkach i w Poradni diabetologicznej w 9 przypadkach)
- obciążeniach dziedzicznych lub ich niewystępowaniu (w Poradni kardiologicznej w 3 przypadkach i w Poradni diabetologicznej w 8 przypadkach).

Ponadto w części dotyczącej porad ambulatoryjnych nie było opisu badania przedmiotowego w Poradni diabetologicznej w 1 przypadku. Stanowiło to naruszenie § 42 ust. 3 pkt 1, pkt 4, pkt 6 i pkt 7 i § 42 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, które to przepisy stanowiły, że historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o przebytych chorobach, zabiegach lub operacjach, uczuleniach i obciążeniach dziedzicznych i w części dotyczącej porad ambulatoryjnych dane z wywiadu i badania przedmiotowego. Pełnomocnik Zarządu do spraw Lecznictwa wyjaśnił, że poszczególni lekarze nie wpisywali takich informacji, jednak nie oznaczało to, że takich informacji nie posiadali, ponieważ większość z tych pacjentów przychodziła do specjalisty na podstawie skierowania z POZ tutejszego Zakładu i tam znajdowały się takie informacje.

Zdaniem NIK ww. wyjaśnienie nie zasługuje na uwzględnienie, gdyż taka praktyka nie zapewnia wymaganej informacji w przypadku pacjentów przyjmowanych na podstawie skierowania z podmiotu zewnętrznego³².

(dowód: akta kontroli str. 226-230, 348-349)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie pomimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

Stosownie do art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczenia specjalistyczne AOS były udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach pracy lekarzy specjalistów Zakładu na podstawie list oczekujących (dla każdej Przychodni prowadzonych osobno w wersji elektronicznej).

Analiza list oczekujących³³ na świadczenia medyczne w Poradni kardiologicznej i diabetologicznej wykazała, że Świadczeniodawca na listach umieszczał tzw. pacjentów

³² Jedno skierowanie od onkologa, jedno od okulisty i jedno z Przychodni Zdrowia Psychicznego.

³³ Oględzinom poddano listy oczekujących świadczeniobiorców w styczniu i czerwcu 2014 r.

pierwszorazowych³⁴ (pacjentów zgłaszających się do lekarza specjalisty pierwszy raz na podstawie skierowania) i ustalał kolejność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z kwalifikacją wynikającą z art. 20 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy.

Do list oczekujących Świadczeniodawca wprowadził w czerwcu 2014 r. w Poradni Kardiologicznej dziewięciu a w Poradni diabetologicznej pięciu pacjentów pierwszorazowych. W styczniu tego roku nie wprowadzono ani jednego pacjenta.

Ww. listy oczekujących nie zawierały wszystkich elementów wymaganych w art. 20 ustawy o świadczeniach, co opisano poniżej w nieprawidłowościach w pkt. 6.

Ponadto Świadczeniodawca, stosownie do § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej³⁵ prowadził listy świadczeniobiorców (odrębnie dla każdego lekarza specjalisty), którzy wymagali okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, zgodnie z planem leczenia ustalonym przez lekarza. W ww. listach Świadczeniodawca umieścił ogółem w styczniu i czerwcu 2014 r. w Poradni kardiologicznej 168 pacjentów a w Poradni diabetologicznej 270 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 350-353, 354-361, 362-386, 387, 388, 389-390)

Świadczeniobiorców rejestrowano zgodnie z kolejnością zgłaszania się po przedstawieniu skierowania. W przypadku rejestracji telefonicznej pacjent był zobowiązany przedstawić przed wizytą skierowanie w celu weryfikacji. Pacjenci otrzymywali pisemną informację o dniu i godzinie przyjęcia do specjalisty. Informacje o trybie zapisów na wizytę były udostępnione na tablicach ogłoszeń w Zakładzie.

(dowód: akta kontroli str. 200-206, 395-398)

Świadczeniodawca nie umożliwił pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących i powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 354)

Świadczeniodawca wpisywał świadczeniobiorców na listę oczekujących każdego dnia pracy Zakładu w godzinach od 7³⁰ – do 18⁰⁰.

(dowód: akta kontroli str. 174)

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie list oczekujących była Pielęgniarka koordynująca.

(dowód: akta kontroli str. 175)

Świadczeniodawca każdorazowo kwalifikował świadczeniobiorców do kategorii medycznej: przypadek pilny lub stabilny. Analiza list oczekujących w czerwcu 2014 r. do Poradni kardiologicznej i Poradni diabetologicznej wykazała, że wszyscy świadczeniobiorcy zostali zakwalifikowani, jako przypadki stabilne.

(dowód: akta kontroli str. 355)

Według Pełnomocnika Zarządu do spraw Lecznictwa listy oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych podlegały ocenie, w wyniku, której korygowano na bieżąco liczbę przyjęć do AOS, w zależności od kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 395-397)

Świadczeniodawca według stanu na ostatni dzień każdego miesiąca przysyłał do NFZ informacje zbiorcze o listach oczekujących, o których mowa w § 8 ust 2 pkt 1 i 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 publicznych³⁶. Informacje były przysyłane w formie komunikatu w pliku *xmI* w wersji 1.0.

³⁴ Termin tzw. pacjenta pierwszorazowego został wprost uregulowany w art. 1 pkt 11 lit a ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. (poz. 1138) o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowane środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, „(...) Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy”.

³⁵ Dz. U. Nr 250, poz. 1884.

³⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

Analiza wysłanych komunikatów do NFZ w zakresie list oczekujących za trzy miesiące 2014 r. wykazała, że we wrześniu³⁷ ogółem do wszystkich Poradni na wykonanie świadczenia oczekiwało 68 pacjentów jednorazowych, średni czas oczekiwania wynosił 112 dni, a 19 świadczeniobiorców zostało skreślonych. W październiku³⁸ ogółem 58 świadczeniobiorców oczekiwało na wykonanie świadczenia, średni czas oczekiwania wynosił 123 dni, a 12 świadczeniobiorców zostało skreślonych. Natomiast w listopadzie³⁹ ogółem 49 świadczeniobiorców oczekiwało na wykonanie świadczenia, średni czas oczekiwania wynosił 141 dni, a 9 świadczeniobiorców zostało skreślonych.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że „Dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczeń są przekazywane na ostatni dzień miesiąca w formacie, jaki w tym zakresie posiada stosownie do poradni oprogramowanie KSOP. Przygotowane dane są eksportowane drogą elektroniczną do NFZ. Dane następnie są weryfikowane przez NFZ i na początku następnego miesiąca jest przekazywana informacja na Portal Świadczeniodawcy z podaniem świadczeniodawców, których sprawozdania z list oczekujących za miesiąc, którego te dane dotyczyły nie zostały przesłane terminowo lub zawierały błędy”. Świadczeniodawca przedstawił przykładowy wydruk takiego komunikatu nr 176/2014 według stanu na 11 grudnia 2014 r., z którego wynikało, że przesłał ww. sprawozdanie terminowo i bez błędów. W okresie od 2012 r. Zakład nie był wymieniany w tych komunikatach.

(dowód: akta kontroli str. 386-387, 388, 391-394, 428-450)

Z informacji umieszczonych w Portalu Świadczeniodawcy⁴⁰ wynika, że po weryfikacji list oczekujących przez NFZ na miesiąc listopad 2014 r. na wizytę w Poradni kardiologicznej oczekiwało 49 pacjentów pierwszorazowych, skreślono pięć osób (nie podano przyczyny), a średni czas oczekiwania wynosił 141 dni, natomiast na wizytę w Poradni diabetologicznej oczekiwało 14 pacjentów pierwszorazowych, nie odnotowano osób skreślonych, a średni czas oczekiwania wynosił 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 389-390)

Z analizy list oczekujących w 2014 r. wynikało, że do Poradni kardiologicznej zapisano 96 pacjentów z tego 33 (34,4 %) pacjentów zostało skreślonych z listy. Do Poradni diabetologicznej zapisano 111 pacjentów z tego 37 (33,3 %) pacjentów zostało skreślonych z listy. Na listach podawano powód skreślenia ww. pacjentów, jako „świadczenie wykonane” lub „inny” – nie określono precyzyjnie powodu skreślenia.

(dowód: akta kontroli str. 402)

Świadczeniodawca nie zorganizował systemu powiadamiania/przypominania o zbliżającym się terminie wizyty. Pełnomocnik Zarządu do spraw Lecznictwa wyjaśnił, że w nowym systemie, który będzie wprowadzony od 1 lutego 2015 r. będzie możliwość powiadamiania pacjenta poprzez „sms” o terminie wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 358)

Przy zapisywaniu świadczeniobiorców na tzw. „zwolnione” terminy wizyt, powiadamiano pacjentów o zmianie terminu wizyty telefonicznie dzwoniąc na numer podawany przez nich w trakcie zapisywania na listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 358)

Stosownie do art. 47c pkt 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych Świadczeniodawca uwidoczniał w pomieszczeniu rejestracji Zakładu pisemną informację o dostępie do świadczeń poza kolejnością osób uprawnionych, wymienionych w art. 43 ust. 1 tej ustawy, tj. zasłużonym honorowym dawcom krwi, zasłużonym dawcom przeszczepu, inwalidom wojennym i wojskowym oraz kombatantom.

(dowód: akta kontroli str. 206)

³⁷ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 października 2014 r. godz. 11³², import potwierdzenia dostarczenia tych informacji z NFZ 6 października 2014 godz. 4¹⁸.

³⁸ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 października 2014 r. godz. 11³², import potwierdzenia dostarczenia tych informacji z NFZ 6 października 2014 godz. 4¹⁸.

³⁹ Eksport informacji do NFZ w dniu 6 grudnia 2014 r. godz. 13⁰⁹, import potwierdzenia dostarczenia tych informacji z NFZ 6 grudnia 2014 godz. 13¹².

⁴⁰ <http://www.nfz-katowice.pl/>, <http://kolejki.nfz.gov.pl/>.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Analiza list oczekujących prowadzona w formie elektronicznej przez Świadczeniodawcę w Poradni kardiologicznej i diabetologicznej w czerwcu 2014 r.⁴¹ wykazała, że w listach nie zawarto numeru kolejnego wpisu, daty i godziny wpisu oraz imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, lit. b, lit. i ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W ww. listach nie dokonano również wpisów w zakresie daty i przyczyny skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 4 ww. ustawy. Prezes wyjaśnił, że posiadany przez Świadczeniodawcę system komputerowy nie był przygotowany do takich działań.

(dowód: akta kontroli str. 350-354, 392-394)

2. Świadczeniodawca nie zapewnił z dniem 1 stycznia 2013 r., pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co stanowiło naruszenie art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Prezes wyjaśnił, że posiadany program nie pozwalał na taką rejestrację i Zarząd podjął decyzję o zmianie oprogramowania od 1 stycznia 2015 r.

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, bowiem użytkowany w 2014 r. System umożliwiał dokonywanie rezerwacji terminów wizyt pacjentów przez Internet.

(dowód: akta kontroli str. 192, 236, 391, 394, 395, 398)

Ocena częściowa

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

Opis stanu
faktycznego

7. Przechowywanie dokumentacji medycznej.

Sposób przechowywania dokumentacji medycznej gwarantował zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych. Dostęp do zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej elektronicznie został zabezpieczony loginem i wieloznakowym hasłem do komputera z opcją wymuszania zmiany hasła przez użytkowników jeden raz w miesiącu. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana była w stalowych szafach zamykanych na klucz. Budynek Zakładu po zamknięciu był chroniony przez system monitoringu z interwencją patrolu przez firmę ochroniarską.

(dowód: akta kontroli str. 227, 229, 232, 234, 236)

Świadczeniodawca w § 7 Regulaminu organizacyjnego Zakładu uregulował zagadnienia związane z udostępnieniem dokumentacji medycznej, w tym z obowiązującymi opłatami w tym zakresie, tj. dot. sporządzenia jednej strony wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 5,00 zł i wykonanie kopii dokumentacji medycznej - 0,40 gr. Stosowne informacje były umieszczone na tablicach ogłoszeń w Zakładzie.

(dowód: akta kontroli str. 176, 202-206)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

Opis stanu
faktycznego

8. Rozliczenie umów o świadczenia AOS.

W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca zawarł z NFZ jedną umowę⁴² na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS obowiązującą do 31 grudnia 2014 r. Ww. umowę aneksowano czterokrotnie⁴³.

Aneksy dotyczyły czasokresu obowiązywania umowy oraz dostosowania treści umów do zmian wynikających z zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS wprowadzonych przez Prezesa NFZ⁴⁴.

⁴¹ W styczniu 2014 r. Świadczeniodawca nie rejestrował świadczeniobiorców.

⁴² W dniu 20 stycznia 2012 r. – nr umowy 126/211982/02/1/2011.

⁴³ Aneks nr 1/02/1/2012 z 20 stycznia 2012 r., aneks nr 1/02/1/2013 z 15 stycznia 2013 r., aneks nr P/02/1/2013 z 12 grudnia 2013 r. i aneks nr 1/02/1/2014 z 17 stycznia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 35-151)

Wyżej wymieniona umowa była realizowana z udziałem podwykonawców wyszczególnionych w załączniku nr 3 (wykaz podwykonawców) do umowy z NFZ⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str. 150-151, 356-361)

Świadczeniodawca rozliczał się za udzielanie świadczeń AOS na podstawie miesięcznych raportów statystycznych w podziale na poszczególne świadczenia, ilość jednostek rozliczeniowych i ich ceny jednostkowej⁴⁶, które były każdorazowo weryfikowane przez NFZ.

Na podstawie pozytywnie zweryfikowanych przez NFZ raportów i rachunków wystawionych przez Świadczeniodawcę z tytułu zrealizowanej umowy za miesiące styczeń i czerwiec lat 2012-2014 ustalono, że wynagrodzenie Świadczeniodawcy w ww. okresie wyniosło:

- W styczniu 2012 r. za 4 679,5 jednostek rozliczeniowych 36 869,95 zł i w czerwcu 2012 r. za 5 006,5 jednostek rozliczeniowych 41 664,0 zł.
- W styczniu 2013 r. za 4 186 jednostek rozliczeniowych 34 519,7 zł i w czerwcu 2013 r. za 4 888 jednostek rozliczeniowych 40 591,0 zł.
- W styczniu 2014 r. za 3 854,5 jednostek rozliczeniowych 36 869,95 zł i w czerwcu 2014 r. za 4 847 jednostek rozliczeniowych 40 507,2 zł.

(dowód: akta kontroli str. 403-426)

W latach 2012-2014 lekarze specjaliści nie udzielili świadczeń medycznych ponad liczbę ustaloną w umowie z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 391, 394, 403-404)

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) ŚOW NFZ nie nałożył na Świadczeniodawcę kar umownych związanych z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 391-394)

- W okresie poddanym kontroli Świadczeniodawca był dwukrotnie wizytowany przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie neurologii i w dziedzinie kardiologii w zakresie realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ⁴⁷. Wizytacje każdorazowo odbyły się przy udziale przedstawicieli NFZ.

W trakcie wizytacji każdorazowo sprawdzano w szczególności zasoby Świadczeniodawcy w zakresie dostępnego personelu, sposób prowadzenia kolejki pacjentów, którzy się nie zgłosili na wizytę, dalszego postępowania z nimi, w tym wyznaczania im wizyty w okresie do jednego miesiąca.

Obydwaj konsultanci zwrócili uwagę, że Świadczeniodawca mógł wykonywać większy kontrakt w ramach umowy z NFZ przy liczbie zatrudnionych specjalistów oraz liczbie ich godzin ujętej w harmonogramie pracy oraz zwrócili uwagę na brak możliwości postępowania prawnego w stosunku do osób, które nie zgłosiły się na wizytę.

Konsultanci ocenili Świadczeniodawcę w ww. zakresie zadawalająco lub bardzo dobrze.

(dowód: akta kontroli str. 427)

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) PPIS z Bytomia przeprowadził siedem kontroli u Świadczeniodawcy, co szerzej opisano w pkt 2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 207)

⁴⁴ W aneksie z 20 stycznia 2012 r. - zarządzenie nr 81/2011/DSOZ z 4 listopada 2011 r. oraz zarządzenie zmieniające nr 96/2011/DSOZ z 22 grudnia 2011 r. W aneksie z 15 stycznia 2013 r. - zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie realizacji umów AOS. W aneksie z 12 grudnia 2013 r. - zarządzenie Nr 32/2013/DSOZ z 31 maja 2013 r. W aneksie z 17 stycznia 2014 r. - zarządzenie Nr 82/2013/DSOZ z 17 grudnia 2013 r. oraz zarządzenie zmieniające nr 93/2013/DSOZ z 31 grudnia 2013 r.

⁴⁵ W zakresie wykonywania badań RTG, Holter RR i test wysiłkowy Ojcowie Kamilianie z Tarnowskich Gór. W zakresie wykonywania badań RTG, TK, USG, spirometrii i badań laboratoryjnych NZOZ Zakład Pulmonologii z Tarnowskich Gór. W zakresie badań EMG i badań densytometrycznych SP ZOZ „Repty” Gómośląskie Centrum Rehabilitacji z Tarnowskich Gór. W zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych Śląskie Laboratorium Analityczne z Zabrze. W zakresie diagnostyki USG i laboratoryjnej oraz audiometrii Centrum Medyczne „EKO_PROF_MED” z Miasteczka Śląskiego. W zakresie krioterapii miejscowej, badań cytologicznych, EEG, mammografii, kolonoskopii, badań audiometrycznych i Holtera EKG NZOZ Szpital w Tarnowskich Górach.

⁴⁶ Cena jednostki netto w okresie poddanym kontroli wahała się od 7,8 zł (świadczenie w zakresie położnictwa i ginekologii oraz pobieranie materiału do przesiewowego badania cytologicznego) do 9,5 zł (świadczenia w zakresie chorób metabolicznych).

⁴⁷ Dnia 7 marca 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii i 21 marca 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w badanym obszarze.

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 Kontroli⁴⁸, wnosi o:

1. Przekazanie organowi prowadzącemu Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą – Województwo Śląskie – aktualnych informacji o zakresie udzielanych świadczeń medycznych.
2. Aktualizację regulaminu organizacyjnego uwzględniającą zakres faktycznie udzielanych świadczeń medycznych.
3. Nadawanie numerów księgom przyjęć i odnotowywanie w nich faktycznych godzin zgłoszenia się pacjenta.
4. Zapisywanie w indywidualnej dokumentacji pacjentów (historii zdrowia i choroby) wszystkich wymaganych informacji o ich stanie zdrowia.
5. Zapewnienie wpisywania w listach oczekujących pacjentów wszystkich wymaganych informacji.
6. Stworzenie pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących i 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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Katowice, dnia 29 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach

Kontroler

Wiesław Pietrzyk

Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

⁴⁸ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.