



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-031-07/2014

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	Michał Nowak, inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 92426 z dnia 10 grudnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego Medycyna Rodzinna Start Sp. z o.o., ul. Naftowa 35, 41-200 Sosnowiec ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Siudyka, Prezes Zarządu ² (dowód: akta kontroli str. 3,11)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości³, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie w latach 2012-2014 r. (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę ogólną uzasadniają pozytywne oceny częściowe w zakresie:

- współdziałania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS),
- dostępności świadczeń AOS i prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczenia,
- prawidłowego rozliczenia umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia⁴ o świadczenia AOS.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- różnic między stanem faktycznym a załącznikiem nr 2 do umowy z NFZ w zakresie godzin pracy jednego z dwóch lekarzy zatrudnionych w Poradni Kardiologicznej⁵,
- niezamieszczania w indywidualnej dokumentacji medycznej niektórych istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, któremu udzielane jest świadczenie, co było niezgodne z § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia

¹ Zwany dalej „Niepublicznym zakładem” lub „Świadczeniodawcą”

² Zwany dalej „Prezesem”

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

⁴ Zwanym dalej „NFZ”

⁵ Dotyczy stanu stwierdzonego w toku oględzin przeprowadzonych dnia 20 stycznia 2015 r.

2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶,

- niezamieszczenia informacji o zasadach zapisów na porady i wizyty, a także o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, co było niezgodne z § 11 ust. 4, pkt 3 i 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷,
- niezamieszczenia w placówkach oraz na stronie internetowej Świadczeniodawcy informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, co było niezgodne z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena realizacji przez podmioty lecznicze wybranych specjalności AOS, na podstawie umów z NFZ, z uwzględnieniem zadań profilaktycznych i edukacji prozdrowotnej

1.1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy AOS

Opis stanu
faktycznego

Świadczeniodawca działał w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i prowadził działalność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w dwóch placówkach w Sosnowcu – przy ul. Naftowej 35 oraz przy ul. Sobieskiego 29 (Filia nr 1). Wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego⁹ dokonano dnia 2 października 2000 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-23,57)

Na podstawie oględzin przeprowadzonych w obu placówkach Świadczeniodawcy stwierdzono, że zakres udzielanych świadczeń specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ obejmował:

- przy ul. Naftowej 35: 1) Poradnię Endokrynologiczną, 2) Poradnię Neurologiczną, 3) Poradnię Hematologiczną, 4) Poradnię Onkologiczną, 5) Poradnię Dermatologiczną, 6) Poradnię Kardiologiczną, 7) Poradnię Gastroenterologiczną, 8) Poradnię Kardiologiczną Dziecięcą.
- w Filii nr 1 przy ul. Sobieskiego 29: 1) Poradnię Neurologiczną, 2) Poradnię Cukrzycową, 3) Poradnię Reumatologiczną, 4) Poradnię Ginekologiczną, 5) Poradnię Urologiczną, 6) Poradnię Leczenia Bólu.

Wszystkie ww. poradnie realizujące świadczenia w ramach umowy z NFZ zostały ujęte w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Niepublicznego Zakładu, a także w Rejestrze Wojewody.

(dowód: akta kontroli str. 30-93,119-123,182-222)

Oprócz poradni specjalistycznych, na których działalność zawarto umowę z NFZ, Zakład w ramach działalności komercyjnej prowadził m.in. poradnie: Rehabilitacyjną, Chorób Tarczycy, Pulmonologiczną, Alergologiczną, Pediatriczną, Medycyny Pracy, Chorób Wewnętrznych, Otolaryngologiczną, Alergologii dla Dzieci, Foniatryczną, Hepatologiczną, Okulistyczną, Nefrologiczną, Neurologii Dziecięcej.

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej”.

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484 zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów”.

⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm., zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”

⁹ Zwanego dalej „Rejestrzem Wojewody.”

Informacje o poradniach komercyjnych nie były umieszczone na drzwiach gabinetów lekarskich, bo nie było dla nich harmonogramów, a wizyty w tych poradniach umawiane były telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 30-94,119-123,231-232,234)

Kontrolowana jednostka posiadała Regulamin Organizacyjny, który wszedł w życie 23 kwietnia 2012 r. Regulamin zawierał postanowienia określone w art. 24 ust. 1 pkt 1-10 i 12-13 ustawy o działalności leczniczej.

Stosownie do art. 24 ust. 2 ww. ustawy, informacje o rodzaju działalności i zakresie udzielanych świadczeń oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością umieszczono w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej Świadczeniodawcy. Nie zamieszczono natomiast informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca nie posiadał akredytacji ani certyfikatu jakości.

(dowód: akta kontroli str. 43-56,94-99,101,119-123,231-232,234,376)

Godziny przyjęć Poradni Diabetologicznej były zgodne z harmonogramem umowy z NFZ oraz danymi z „Portalu Potencjału”. Godziny przyjęć Poradni Kardiologicznej (w zakresie godzin pracy jednego z dwóch lekarzy) pokrywały się z harmonogramem umowy z NFZ, natomiast różniły się od danych z „Portalu Potencjału”. W trakcie ponownych oględzin (z dnia 20 stycznia 2015 r.) stwierdzono dokonanie zmiany harmonogramu przyjęć Poradni i dostosowanie godzin pracy lekarza do danych z „Portalu Potencjału”, co jednak spowodowało, że godziny przyjęć ww. lekarza nie były zgodne z harmonogramem umowy z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 119-123, 200-201,206-208,226-227)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W placówkach oraz na stronie internetowej Świadczeniodawcy nie zamieszczono informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wymóg zamieszczenia takiej informacji wynika z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Prezes wyjaśnił, że „brak cennika wynikał z faktu, iż opłata obowiązująca w kontrolowanej jednostce była niższa od podanej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.”

(dowód: akta kontroli str. 94-98,120,123,231,234)

Zdaniem NIK wyjaśnienie to nie zasługuje na uwzględnienie, bowiem niezależnie od wysokości pobieranych w jednostce opłat istniał obowiązek informowania świadczeniobiorców o ich wysokości.

2. Godziny przyjęć w Poradni Kardiologicznej określone w Portalu Potencjału oraz stwierdzone w toku oględzin¹⁰ różniły się w przypadku jednego z dwóch lekarzy (we wtorki i środy) od godzin przyjęć określonych w umowie z NFZ. Różnica dotyczyła godzin zatrudnienia jednego lekarza kardiologa (wg danych z „Portalu Potencjału” i oględzin - godziny pracy lekarza: poniedziałek 10:00-14:00, wtorek 15:00-19:00, środa – lekarz nie ujęty w harmonogramie, natomiast w umowie z NFZ wykazano: – poniedziałek 10:00-14:00, wtorek – lekarz nie ujęty w harmonogramie, środa 14:00-18:00).

Prezes wyjaśnił, że godziny pracy lekarza były zgodne z aktualnym harmonogramem zamieszczonym w Portalu Potencjału. Do 31 grudnia 2014 r. ww. lekarz pracował w innych godzinach. Po podpisaniu aneksu zmieniającego umowę z NFZ (8 stycznia 2015 r.) dokonano aktualizacji harmonogramu w wersji elektronicznej. Dodał, że rozbieżność może wynikać z faktu, iż umowa była przygotowywana jeszcze w poprzednim roku i że niebawem zostanie zmieniona aneksem. Niepowiadomienie

¹⁰ Po uzupełnieniu oględzin w dniu 20 stycznia 2015 r.

dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o zmianach w harmonogramie było naruszeniem §6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,206-207,226,345,347)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

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

Opis stanu
faktycznego

Placówka Świadczeniodawcy przy ul. Naftowej 35 była wyposażona w podjazd dla wózków inwalidzkich przy wejściu głównym oraz toaletę przystosowaną dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Wszystkie poradnie w placówce były usytuowane na parterze. W Filii nr 1 przy ul. Sobieskiego 29 wejście nie wymagało podjazdu dla wózków inwalidzkich. Placówka posiadała toaletę przystosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Część poradni specjalistycznych (w tym Poradnia Cukrzycowa) znajdowała się na pierwszym piętrze budynku, który nie był wyposażony w windę. Istniała jednak możliwość zbadania osoby niepełnosprawnej w gabinecie zabiegowym na parterze, po wcześniejszym poinformowaniu o wizycie przez tę osobę. Informację o tym umieszczono w widocznym miejscu wewnątrz placówki.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,347,349)

Świadczeniodawca spełnił obowiązki informacyjne w zakresie: zamieszczenia imion i nazwisk osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania (za wyjątkiem przypadku opisanego w pkt 1.1.); trybu składania skarg i wniosków; praw pacjenta; adresów oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie; numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa; adresów oraz numerów telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; informacji o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju. Powyższe informacje umieszczone były w widocznym miejscu w siedzibie Świadczeniodawcy. Nie poinformował natomiast o zasadach zapisów na porady i wizyty oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, co było wymagane zgodnie z § 11 ust. 4, pkt 3 i 9 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,235-237)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w obu placówkach Świadczeniodawcy (Poradnia Kardiologiczna i Cukrzycowa) stwierdzono zgodność stanu faktycznego z wymogami określonymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹², zarządzeniem Nr 82/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalna oraz z zapisami umowy z NFZ. Sprzęt poddany oględzinom posiadał stosowne certyfikaty, przeglądy i orzeczenia dopuszczające do używania.

(dowód: akta kontroli str. 110-118,200-201,206-208)

Zasoby kadrowe Świadczeniodawcy (Poradnia Kardiologiczna i Diabetologiczna) były zgodne z załącznikiem nr 2 do umowy z NFZ w zakresie zatrudnionego personelu. W odniesieniu do wszystkich czterech pielęgniarek oraz trzech z czterech zatrudnionych lekarzy, czas ich pracy był zgodny z postanowieniami umowy z NFZ. Godziny pracy jednego z lekarzy różniły się od zapisów umowy. Powyższa kwestia została opisana w niniejszym wystąpieniu w rozdziale 1.1, a także w części wspomnianego rozdziału dotyczącej nieprawidłowości (pkt 2).

¹¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.

W wyniku badania akt osobowych personelu medycznego zatrudnionego w Poradniach Kardiologicznej oraz Cukrzycowej stwierdzono, iż posiadali oni kwalifikacje wymagane

rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz kwalifikacje wykazane w umowie z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,200-202,206-208,226-230)

W Poradni Kardiologicznej, jak i Cukrzycowej zatrudnionych było po dwóch lekarzy. Tygodniowy czas pracy ww. lekarzy nie przekraczał 12 godzin, a dobowy 6 godzin.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,200-202,206-208,226-227)

Świadczeniodawca dokonał obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³.

(dowód: akta kontroli str.104-109)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Świadczeniodawca nie zamieścił w swoich placówkach informacji dotyczących zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych oraz informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.

Obowiązek zamieszczenia powyższych informacji wynika z § 11 ust. 4 pkt 3 i 9 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

Odnosząc się do powyższego Prezes wyjaśnił, iż było to niedopatrzenie ze strony jednostki kontrolowanej.

(dowód: akta kontroli str. 119-120,122-123,134,136)

Ocena częściowa

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

1.3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w AOS

Opis stanu
faktycznego

Informacje o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu, planach dalszego postępowania i zaleceniach były przekazywane przez lekarzy AOS lekarzom POZ na specjalnych drukach „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”.

(dowód: akta kontroli str. 99,101,103)

W wyniku oględzin indywidualnej dokumentacji medycznej¹⁴ stwierdzono, iż w każdym zbadanym przypadku w historii zdrowia i choroby zawarte były informacje o lekarzu POZ sprawującym i koordynującym opiekę nad pacjentem.

(dowód: akta kontroli str. 126-130)

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.

¹³ Dz. U. Nr 293, poz. 1729.

¹⁴ 10 pacjentów poradni kardiologicznej i 10 pacjentów poradni diabetologicznej.

1.4. Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz dostępność badań diagnostycznych

Opis stanu faktycznego

Do prowadzenia dokumentacji medycznej Świadczeniodawca wykorzystywał system komputerowy mMedica. Był on stosowany do: weryfikacji uprawnień pacjenta w aspekcie ubezpieczenia zdrowotnego, prowadzenia listy oczekujących w AOS, drukowania kuponów recept i skierowań oraz prowadzenia danych o zrealizowanych wizytach w AOS i POZ. Świadczeniodawca był przygotowany do spełnienia wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁵ w ustawowym terminie, tj. do 31 lipca 2017 r. Koszty pełnego przejścia (tj. wdrożenia prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej) na prowadzenie dokumentacji elektronicznej oszacowano na około 200.000,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 99-101,232,234)

W wyniku oględzin księgi przyjęć Świadczeniodawcy (poradnia kardiologiczna i diabetologiczna) stwierdzono, iż zawiera ona wszystkie elementy wymienione w § 44 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. Księga przyjęć prowadzona była w formie elektronicznej (pomocniczo w formie papierowej). W wyniku badania wszystkich wpisów do ww. poradni dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r.¹⁶ stwierdzono pełną kompletność wpisów (numer kolejny wpisu, data i godzina zgłoszenia się pacjenta i jego dane identyfikujące, dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia, rodzaj udzielonego świadczenia).

(dowód: akta kontroli str. 124-125)

Do szczegółowego badania indywidualnej dokumentacji medycznej wybrano historię zdrowia i choroby 20 pacjentów w wieku 35-65 lat, którzy skorzystali w czerwcu 2014 r. ze świadczeń w Poradni Kardiologicznej (10 pacjentów) i Poradni Cukrzycowej (10 pacjentów). Spośród 10 kart pacjentów Poradni Kardiologicznej, 4 (40%) należały do mężczyzn, a 6 (60%) do kobiet. W 9 przypadkach odnotowano informacje o przebytych poważnych chorobach i o chorobach przewlekłych. W 8 kartach zamieszczono informacje o pobytach w szpitalu, a w 3 o zabiegach chirurgicznych. W 4 przypadkach zamieszczono informację o uczuleniach, w 3 przypadkach – o obciążeniach dziedzicznych. W 4 dokumentacjach zamieszczono wpisy dotyczące wzrostu i masy ciała. W żadnej z kart nie podano informacji o stanie uzębienia pacjenta i szczepieniach oraz stosowanych surowicach.

Analiza pojedynczej wizyty wykazała, że w każdym przypadku zawarto opis badania przedmiotowego i podmiotowego, zlecone badania, opisy wyników badań diagnostycznych, informacje o lekach, wpis o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu. Podczas każdej z wizyt pacjenci, których dokumentacja podlega analizie, byli poddani badaniu ciśnienia tętniczego krwi (RR).

Wśród 10 poddanych badaniu historii zdrowia i choroby pacjentów Poradni Cukrzycowej, 4 (40%) należały do mężczyzn, a 6 (60%) do kobiet. W 9 kartach podano informację o przebytych poważnych chorobach i chorobach przewlekłych. We wszystkich przypadkach zamieszczono informacje o pobycie pacjenta w szpitalu a także o wzroście i masie ciała. 9 kart zawierało dane dotyczące stanu uzębienia, a 7 – o zabiegach chirurgicznych. Ponadto w 5 przypadkach stwierdzono zapisy dotyczące obciążeń dziedzicznych.

W żadnej z kart nie podano informacji o uczuleniach i szczepieniach oraz stosowanych surowicach.

Analiza zapisów w historii choroby w zakresie pojedynczych wizyt wykazała, że w każdym przypadku zawarto w dokumentacji opis badania przedmiotowego i podmiotowego, zlecone badania, opisy wyników badań diagnostycznych, informacje o lekach, wpis o rozpoznaniu

¹⁵ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

¹⁶ Poradnia kardiologiczna – 337 wpisów, poradnia diabetologiczna – 153 wpisy.

choroby, problemu zdrowotnego lub urazu. Podczas każdej z wizyt pacjenci, byli poddani pomiarom ciśnienia tętniczego krwi (RR), poziomu cukru we krwi oraz poziomu hemoglobiny glikowanej.

(dowód: akta kontroli str. 126-130)

Zbiornicza dokumentacja medyczna oraz listy osób oczekujących na świadczenie prowadzone były w systemie komputerowym zabezpieczonym hasłem przed dostępem osób nieupoważnionych. Serwer, na którym znajdowały się dane usytuowany był w budynku przychodni. Dokumentacja pomocnicza we wspomnianym zakresie, prowadzona w wersji papierowej przechowywana była w rejestracji. Indywidualna dokumentacja medyczna (prowadzona w formie papierowej) przechowywana była w metalowych szufladach zamykanych na klucz, znajdujących w pomieszczeniu rejestracji. Budynki obu przychodni wyposażone były w system alarmowy, a okna zabezpieczone były kratami.

(dowód: akta kontroli str. 124-132)

Świadczeniobiorcy nie zostali poinformowani o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej oraz o cenach sporządzenia odpisu, o czym wspomniano w rozdziale nr 1 niniejszego wystąpienia w części dotyczącej nieprawidłowości (pkt 1).

(dowód: akta kontroli str. 94-98,120,123,231,234)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W zbadanej dokumentacji 10 pacjentów poradni kardiologicznej: w 1 przypadku nie zamieszczono informacji o przebytych poważnych chorobach oraz o chorobach przewlekłych (lub ich niewystępowaniu); w 2 przypadkach nie zamieszczono informacji o pobytach w szpitalu (lub niekorzystaniu z tej formy leczenia); w 10 przypadkach nie zamieszczono informacji o stanie uzębienia pacjentów oraz o szczepieniach i stosowanych surowicach (lub ich braku); w 7 przypadkach nie zamieszczono informacji o przebytych zabiegach chirurgicznych (lub nie korzystaniu z tej formy leczenia), a także o obciążeniach dziedzicznych (lub ich niewystępowaniu); w 6 przypadkach nie zamieszczono informacji o uczuleniach pacjenta (lub ich niewystępowaniu) oraz o wzroście i masie ciała (BMI).

W zbadanej dokumentacji 10 pacjentów poradni diabetologicznej: w 1 przypadku nie zamieszczono informacji o przebytych poważnych chorobach, o chorobach przewlekłych (lub ich niewystępowaniu), a także o stanie uzębienia pacjentów; w 3 przypadkach nie zamieszczono informacji o przebytych zabiegach chirurgicznych (lub niekorzystaniu z tej formy leczenia); w 10 przypadkach nie zamieszczono informacji o szczepieniach i stosowanych surowicach (lub ich braku) oraz o uczuleniach pacjenta (lub ich niewystępowaniu), a w 5 przypadkach nie zamieszczono informacji o obciążeniach dziedzicznych (lub ich niewystępowaniu).

Obowiązek taki wynikał z § 42 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Prezes wyjaśnił, że wywiad i badania lekarskie leżały w wyłącznej kompetencji lekarza. Dodał, iż lekarze pomijając ww. zapisy uznali zapewne, że informacje te były mało istotne dla problemu zdrowotnego konkretnego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 126-130,133-135)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu
faktycznego

W wyniku oględzin wpisów na listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego w poradni kardiologicznej i diabetologicznej dokonanych w styczniu

i czerwcu 2014 r.¹⁷ stwierdzono, iż wszystkie wpisy zawierały elementy określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 131-132)

Zapisy na listy oczekujących realizowane były codziennie poprzez osobiste lub telefoniczne zgłoszenia pacjentów. Świadczeniodawca stworzył możliwość umawiania się na wizyty drogą mailową.

Zapisy pacjentów na listy oczekujących były dokonywane na bieżąco każdego dnia w godzinach pracy Świadczeniodawcy. Osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie list oczekujących były pielęgniarki koordynujące w obu placówkach.

W przypadku, gdy na skierowaniu pacjenta znajdowała się adnotacja „pilne”, o terminie przyjęcia decydował lekarz.

Prezes wyjaśnił, że listy oczekujących na świadczenia AOS były przez niego oceniane co najmniej raz w miesiącu. Dodał, iż działania te nie były dokumentowane, ponieważ nie było to istotne dla prawidłowości prowadzenia list.

(dowód: akta kontroli str. 99-102, 134-135)

Przekazywanie raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń AOS było zgodne z § 8 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁹. Informacje były przysyłane w postaci komunikatu w pliku xml w wersji 1.0.

W wyniku analizy sprawozdań o listach oczekujących na świadczenia za cztery miesiące stwierdzono, że:

W Poradni Kardiologicznej: Na koniec września 2014 r.²⁰ na świadczenie oczekiwało 32 świadczeniobiorców (1 przypadek pilny i 31 stabilnych), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 5 dni w przypadkach pilnych i 133 dni w przypadkach stabilnych. Z listy skreślono w tym miesiącu 10 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne). Na koniec października 2014 r.²¹ na świadczenie oczekiwało 63 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 1 dzień w przypadkach pilnych i 162 dni w przypadkach stabilnych. Z listy skreślono w tym miesiącu 26 świadczeniobiorców (1 przypadek pilny i 25 stabilnych). Na koniec listopada 2014 r.²² na świadczenie oczekiwało 88 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 10 dni w przypadkach pilnych i 172 dni w przypadkach stabilnych. Z listy skreślono w tym miesiącu 4 świadczeniobiorców (1 przypadek pilny i 3 stabilne). Na koniec grudnia 2014 r.²³ na świadczenie oczekiwało 98 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 10 dni w przypadkach pilnych i 182 dni w przypadkach stabilnych. Z listy skreślono w tym miesiącu 5 świadczeniobiorców (1 przypadek pilny i 4 stabilne).

W Poradni Diabetologicznej: Na koniec września 2014²⁴ r. na świadczenie oczekiwało 4 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 75 dni. Z listy skreślono w tym miesiącu 6 świadczeniobiorców. Na koniec

¹⁷ Poradnia kardiologiczna – 177 wpisów „pierwszorazowych”, poradnia diabetologiczna – 6 wpisów „pierwszorazowych”.

¹⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.

²⁰ Eksport informacji do NFZ w dniu 3 października 2014 r. o godz. 12:08. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 6 października 2014 r. o godz. 13:47.

²¹ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 listopada 2014 r. o godz. 13:41. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 6 listopada 2014 r. o godz. 9:41.

²² Eksport informacji do NFZ w dniu 4 grudnia 2014 r. o godz. 12:57. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 4 grudnia o godz. 14:06.

²³ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 stycznia 2015 r. o godz. 12:31. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 5 stycznia 2015 r. o godz. 13:01.

²⁴ Eksport informacji do NFZ w dniu 3 października 2014 r. o godz. 13:14. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 6 października 2014 r. o godz. 12:36.

października 2014 r.²⁵ na świadczenie oczekiwało 5 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 79 dni. Z listy skreślono w tym miesiącu 1 świadczeniobiorcę. Na koniec listopada 2014 r.²⁶ na świadczenie oczekiwało 11 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 84 dni. Z listy skreślono w tym miesiącu 2 świadczeniobiorców. Na koniec grudnia 2014 r.²⁷ na świadczenie oczekiwało 13 świadczeniobiorców (wszystkie przypadki stabilne), rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 77 dni. Z listy skreślono w tym miesiącu 4 świadczeniobiorców.

(dowód: akta kontroli str.327-338,347,349)

Prezes wyjaśnił, że Świadczeniodawca przekazywał systematycznie do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w wymaganej formie i w wymaganym terminie listy oczekujących na świadczenie.

NFZ zamieszczał na swojej stronie internetowej komunikaty informujące o świadczeniodawcach, których sprawozdania z list oczekujących za dany miesiąc nie zostały przesłane terminowo lub zawierały błędy²⁸. Niepubliczny Zakład nie był wymieniany w komunikatach za 4 miesiące objęte badaniem²⁹.

Z danych zamieszczonych na stronie NFZ³⁰ wynika, że po weryfikacji informacji otrzymanych od Świadczeniodawcy za miesiąc grudzień 2014 r., na wizytę w Poradni Kardiologicznej oczekiwało 98 pacjentów, a średni czas oczekiwania wynosił 182 dni. Nie dokonano skreśleń z listy. Natomiast na wizytę w Poradni Diabetologicznej oczekiwało 13 pacjentów, średni czas oczekiwania wynosił 77 dni, a z listy oczekujących skreślono 3 osoby.

(dowód: akta kontroli str.339-344,347,349)

Z badania list oczekujących wynikało, iż do Poradni Kardiologicznej zapisało się: na wrzesień 2014 r.: 10 osób, na październik 2014 r.: 26 osób, na listopad 2014 r.: 4 osoby i na grudzień 2014 r. 5 osób. W wyznaczonym terminie nie zgłosiło się 11 świadczeniobiorców w październiku 2014 r. i 4 świadczeniobiorców w grudniu 2014 r. We wrześniu i w listopadzie 2014 r. wszyscy wspomniani świadczeniobiorcy zgłosili się na umówioną wizytę. Natomiast do Poradni Diabetologicznej zapisanych było: na wrzesień 2014 r.: 4 osoby, na październik 2014 r.: 5 osób, na listopad 2014 r.: 11 osób i na grudzień 2014 r.: 13 osób. Z tej grupy w przewidzianym terminie nie zgłosiło się odpowiednio: 3, 5, 9 i 10 świadczeniobiorców.

(dowód: akta kontroli str. 345-346)

W Niepublicznym zakładzie nie zorganizowano systemu powiadamiania o zbliżającym się terminie wizyty ze względu na dużą liczbę poradni specjalistycznych i związaną z tym dużą liczbę pacjentów. Przy ustalaniu terminu wizyty zwracano się do pacjenta o powiadomienie w razie ewentualnej rezygnacji ze świadczenia. W przypadku zwolnienia się terminu wizyty w miejsce osoby, która zrezygnowała ze świadczenia wpisywano, a następnie informowany telefonicznie był następny oczekujący w kolejce pacjent lub pacjent ze skierowaniem pilnym.

(dowód: akta kontroli str. 100,102)

Świadczeniodawca zamieścił w obu swoich placówkach informacje o osobach posiadających prawo do świadczeń poza kolejnością. Lista ta określała grupę osób

²⁵ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 listopada 2014 r. o godz. 13:02. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 5 listopada 2014 r. o godz. 13:36.

²⁶ Eksport informacji do NFZ w dniu 2 grudnia 2014 r. o godz. 11:08. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 2 grudnia 2014 r. o godz. 18:15.

²⁷ Eksport informacji do NFZ w dniu 5 stycznia 2015 r. o godz. 12:26. Import potwierdzenia dostarczenia informacji z NFZ - 5 stycznia 2015 r. o godz. 12:41.

²⁸ Świadczeniodawcy byli oznaczeni w ww. komunikatach numerami umów z NFZ. Numer umowy Niepublicznego Zakładu to 125/207900.

²⁹ Komunikaty nr 138/2014, 150/2014, 176/2014 i 7/2015.

³⁰ www.kolejki.nfz.gov.pl.

uprawnionych³¹, zakres dodatkowych uprawnień oraz wymagany dokument uprawniający do skorzystania z nich. Po okazaniu stosownego dokumentu osoba uprawniona była zapisywana na najbliższy dzień udzielania świadczeń przez lekarza specjalistę.

(dowód: akta kontroli str. 119-123,235-237,347,349)

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.

1.6. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

Opis stanu
faktycznego

Pierwsza z umów pomiędzy Niepublicznym Zakładem a NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, obejmująca kontrolowany okres, została zawarta 1 lutego 2011 r. na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. Do umowy zawarto łącznie 28 aneksów³². Aneksy dotyczyły m.in.: zmiany zakresu udzielanych świadczeń, zmiany liczby i ceny jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń, zmian w zakresie załączników nr 2 (harmonogram-zasoby) oraz nr 3 (podwykonawcy) do umowy, zmian kwoty zobowiązań NFZ wobec Świadczeniodawcy za dany okres, zmiany numeru i wprowadzenia tekstu jednolitego umowy, przedłużenia okresu obowiązywania umowy.

Umowa realizowana była przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wykazanych w załączniku nr 3. Liczba podwykonawców oraz zakres podwykonawstwa ulegały zmianie w badanym okresie i objęły łącznie 15 podwykonawców. Każdorazowa zmiana w zakresie podwykonawstwa skutkowałą zawarciem kolejnego aneksu do umowy wraz z aktualnym wykazem podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 137-225)

Niepubliczny Zakład przysyłał do NFZ miesięczne raporty statystyczne, będące podstawą do rozliczenia za udzielanie świadczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalnej. Były one każdorazowo weryfikowane przez NFZ. Na podstawie przekazanych do NFZ i pozytywnie zweryfikowanych sprawozdań za styczeń i czerwiec 2012, 2013 i 2014 r. ustalono, że wynagrodzenie Świadczeniodawcy w ww. okresie wyniosło:

- w styczniu 2012 r.: 73.748,99 zł za 8.595 jednostek rozliczeniowych³³ (w tym kardiologia: 4.013,1 zł za 441 jednostek i diabetologia: 1.837,85 zł za 206,5 jednostki); w czerwcu 2012 r.: 61.574,13 zł za 7.199,5 jednostki (w tym kardiologia: 955,5 zł za 105 jednostek i diabetologia: 1.837,85 zł za 206,5 jednostki);
- w styczniu 2013 r.: 79.690,09 zł za 9.264,5 jednostki (w tym kardiologia: 5.237,05 zł za 575,5 jednostki i diabetologia: 2.024,75 zł za 227,5 jednostki); w czerwcu 2013 r.: 82.710,28 zł za 9.627,5 jednostki (w tym kardiologia: 5.036,85 zł za 553,5 jednostki i diabetologia: 1.308,3 zł za 147 jednostek);

³¹ Inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, kombataneci, inwalidzi wojskowi, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, uprawnieni żołnierze lub pracownicy w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w podcazas wykonywania zadań poza granicami państwa, osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, Osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, małżonkowie inwalidów wojennych i osób represjonowanych pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych uprawnieni do renty rodzinnej.

³² Według stanu na dzień 8 stycznia 2015 r.

³³ Zwanych dalej jednostkami.

- w styczniu 2014 r.: 70.263,6 zł za 8.212 jednostek (w tym kardiologia: 5.250,7 zł za 577 jednostek i diabetologia: 2.024,75 zł za 227,5 jednostki); w czerwcu 2014 r.: 75.219,77 zł za 8.756 jednostek (w tym kardiologia: 5.273,45 zł za 579,5 jednostki i diabetologia: 2.024,75 zł za 227,5 jednostki).

(dowód: akta kontroli str. 238-247,254-262,270-281)

Prezes wyjaśnił, że ewentualne rozliczanie nadwykonań należało do NFZ i to ten organ występował z propozycją za jakie nadwykonania i jaką ich ilość dokona zapłaty. Dodał, iż metoda dokonywania wyliczeń przez NFZ nie była mu znana.

Liczba świadczeń udzielonych ponad limit wyniosła: 2696 w 2012 r. (w tym 118 - kardiologia i 264 - diabetologia); 997 w 2013 r. (w tym 35 - kardiologia i 180 - diabetologia); 353 w I półroczu 2014 r. (w tym 1 - kardiologia i 178 - diabetologia) i 2177 w 2014 r. (w tym 28 - kardiologia i 342 - diabetologia). W badanym okresie Świadczeniodawca zawarł z NFZ 2 umowy związane m.in. z rozliczeniem nadwykonań (za rok 2013 i 2014)³⁴ na łączną kwotę 80.180,56 zł. Umowa za rok 2014 znajdowała się w trakcie przygotowania. W komunikacie nr 9/2015 NFZ poinformował, iż będzie sukcesywnie informował o przygotowanych umowach.

(dowód: akta kontroli str. 232,234,319-326,347,349,350-366)

W badanym okresie na Świadczeniodawcę nie nakładano kar umownych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 100,102)

Zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego Niepublicznego Zakładu, nadzór merytoryczny i organizacyjny nad działaniem komórek organizacyjnych (poradni) i samodzielnych stanowisk pracy sprawował Dyrektor (będący Prezesem Zarządu Spółki i Zastępca Dyrektora (będący Wiceprezesem Spółki).

(dowód: akta kontroli str. 45,53)

W badanym okresie w Niepublicznym Zakładzie przeprowadzonych zostało łącznie 21 kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Żadna z kontroli nie wykazała nieprawidłowości. Nie sformułowano również zaleceń i wniosków pokontrolnych. W tym samym okresie nie miały miejsca kontrole Narodowego Funduszu Zdrowia, Okręgowej Izby Lekarskiej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Wojewody Śląskiego ani konsultantów krajowych i wojewódzkich.

(dowód: akta kontroli str. 26-29,133,135)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁵, wnosi o:

- 1. Zamieszczenie w placówkach oraz na stronie internetowej Świadczeniodawcy informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, o zasadach zapisów na porady i wizyty, a także o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.**
- 2. Zapewnienie czasu pracy personelu medycznego zgodnego z umową z NFZ.**

³⁴ Umowa z dnia 12 lutego 2013 r. na kwotę 47.147,60 zł (za nadwykonanie) za rok 2012 oraz Umowa z dnia 12 lutego 2014 r. na kwotę 33.032,96 zł (za nadwykonanie) za rok 2013.

³⁵ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami

3. Zamieszczanie w indywidualnej dokumentacji pacjentów informacji wymaganych § 42 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

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
Michał Nowak
Inspektor kontroli państwowej**

.....