



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-014-02/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@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 Łodzi

Kontroler Henryk Kominiak - doradca ekonomiczny, upoważnienia do kontroli nr 90052 z dnia 4 września 2014 r. i nr 91983 z 30 października 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1 – 2 i 232-233)

Jednostka kontrolowana Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICAL-MED w Brzezinach, ul. Tulipanowa 8, 95-063 Brzeziny, (zwany dalej „NZOZ”).

Kierownik jednostki kontrolowanej Damian Michalak, właściciel Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MEDICAL-MED w Brzezinach.

(dowód: akta kontroli str. 3 – 8)

Przedmiotem kontroli była realizacja umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie diabetologii i kardiologii.

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości,¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia przede wszystkim zapewnienie właściwej obsady personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, co umożliwiło pacjentom wymagającym specjalistycznego leczenia w zakresie kardiologii i diabetologii dostęp do świadczeń z tego zakresu. NZOZ przedstawił do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wiarygodne oferty na wykonywanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w badanych specjalnościach, zapewniając zachowanie ciągłości udzielanych świadczeń. Pozytywnie NIK oceniła także przekazywanie przez lekarzy specjalistów informacji o stanie zdrowia pacjentów leczonych specjalistycznie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej.

Ujawnione w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły nieprzestrzegania przez jednego z lekarzy diabetologów harmonogramów udzielania świadczeń, ustalonych w umowach zawartych z NFZ.

Uwagi kontroli NIK dotyczyły także braku w Księgach przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej kolejnych numerów wpisów oraz wskazania godziny zgłoszenia się pacjenta, co było niezgodne z § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania². Ponadto, w księdze oczekujących na udzielenie świadczenia w Poradni Diabetologicznej nie

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

² Dz. U. z 2014 r. poz. 177

ujmowano informacji o rozpoznaniu, a w dwóch przypadkach (na 34 wpisy) nie wskazano daty skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących oraz przyczyny dokonanego skreślenia, co naruszało zasady określone w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

W ocenie NIK, nieprawidłowością było także niezamieszczanie w indywidualnej dokumentacji medycznej informacji o obciążeniach dziedzicznych lub ich niewystępowaniu, przeprowadzonych zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takiego leczenia, stanie uzębienia oraz uczuleniach lub ich niewystępowaniu. W pięciu kartach pacjentów Poradni Diabetologicznej (50% analizowanych) nie odnotowano również wyników pomiaru poziomu hemoglobiny glikowanej, a w Poradni Kardiologicznej u wszystkich 10 analizowanych pacjentów, zaniechano wykonania pomiarów masy ciała i wzrostu (BMI).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy w AOS.

Opis stanu
faktycznego

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICAL-MED. w Brzezinach został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Wojewody Łódzkiego, pod nr księgi 000000022110, w dniu 22 kwietnia 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 9-37)

Stosownie do postanowień § 3 Regulaminu Organizacyjnego organem założycielskim kontrolowanego NZOZ jest osoba fizyczna Pan Damian Michalak. Zakres świadczeń specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w tym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskazany w Regulaminie obejmował: laryngologię, okulistykę, psychiatrię, położnictwo i ginekologię, urologię, diabetologię, kardiologię oraz dermatologię.

W regulaminie – wprowadzonym 1 lipca 2012 r. i zmienionym 28 lutego 2013 r. - określono także sposób kierowania komórkami organizacyjnymi i strukturę organizacyjną NZOZ, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz opłat za jej udostępnianie, a także wysokość opłat i organizację odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Zakres udzielanych świadczeń, wyszczególniony w umowie⁴, odpowiadał zapisom w księdze rejestrowej i był zgodny z regulaminem organizacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 3-48)

Do poradni specjalistycznych zlokalizowanych na terenie NZOZ nie obowiązywała rejonizacja, tzn. każdy pacjent, który posiadał skierowanie od lekarza rodzinnego mógł być przyjęty do właściwej poradni, bez względu na miejsce zamieszkania.

NZOZ posiadał certyfikat systemów zarządzania, w zakresie zastosowania wymagań normy ISO 9001:2008, na świadczenie usług medycznych w ramach

³ j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴ umowa nr 051/210490/02/-10/12 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawarta 23 stycznia 2012 r. z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki i specjalistycznej opieki zdrowotnej z terminem ważności do 1 września 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 49)

Udzielanie świadczeń przez NZOZ w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odbywało się w budynku wolnostojącym, w pomieszczeniach zlokalizowanych na parterze. Budynek NZOZ, gabinety lekarskie jak i pomieszczenia sanitarne przystosowane były do potrzeb osób niepełnosprawnych. Przeprowadzone oględziny wykazały, że dla realizacji zadań w zakresie udzielanych świadczeń wykorzystywano siedem gabinetów lekarskich, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, gabinet przygotowawczo-zabiegowy oraz inhalatorium. W budynku tym znajdowały się ponadto rejestracja, odrębne toalety dla personelu i pacjentów, poczekalnia oraz dwa pomieszczenia porządkowe,

Warunki lokalowe (świadczenia AOS były udzielane w pomieszczeniach znajdujących się na parterze budynku wykorzystywanych również przez POZ), spełniały wymagania określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.⁵

Na terenie NZOZ czytelnie oznaczono drogę dojścia do miejsca udzielania świadczeń, a w miejscu ich udzielania podane były godziny pracy i harmonogram pracy personelu (nazwiska lekarzy i pielęgniarek).

(dowód: akta kontroli str. 104-113)

Spełnienie warunków sanitarnych i technicznych, niezbędnych do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych, potwierdzone było w stosownych postanowieniach, opiniach sanitarnych i decyzjach wydanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Brzezinach (PPIS)⁶. W badanym okresie, NZOZ był kontrolowany dziewięciokrotnie przez PPIS w Brzezinach w zakresie stanu sanitarno-technicznego obiektu, przestrzegania zasad higieny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz sposobu dokumentowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W żadnej z tych kontroli nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono i zaleceń pokontrolnych do NZOZ nie kierowano.

(dowód: akta kontroli str. 50-61)

Na dzień 9 września 2014 r. do wykonywania badanych świadczeń medycznych zgłoszono do ŁOW NFZ łącznie 3 lekarzy, w tym dwóch specjalistów diabetologii i jednego kardiologa, którzy zatrudnieni byli na podstawie umów zlecenia.

Analiza akt osobowych lekarzy udzielających świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii wykazała, że ich kwalifikacje były zgodne z postanowieniami umów zawartych z NFZ i określonymi w załączniku nr 2 „Harmonogram zasoby”:

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz.1413.

⁶ M.in. postanowienia PPIS w Brzezinach z dnia 15 kwietnia 2008 r. w sprawie przeznaczenia pomieszczeń do udzielania świadczeń w pełnym zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz w zakresie pediatrii, alergologii, laryngologii, okulistyki, psychiatrii, neurologii, ginekologii, urologii, interny, diabetologii, kardiologii oraz reumatologii oraz Decyzja PPIS w Brzezinach z 12 września 2011 r. w sprawie udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie poradni dermatologicznej i wenerologicznej oraz decyzja PPIS Nr Sep-4312-11/13/7/13 potwierdzająca, iż pomieszczenia i urządzenia w których prowadzona jest działalność lecznicza odpowiadają zakresowi udzielanych świadczeń w poradni podstawowej opieki zdrowotnej, poradni psychologicznej i psychiatrycznej oraz w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym.

(dowód: akta kontroli str. 110-116-140-141)

Stosownie do zapisów w umowach z lekarzami, zawartych w dniu 1 stycznia 2012 r., za wykonywane usługi zleconodawca (NZOZ) zobowiązał się do zapłacenia lekarzom świadczącym usługi medyczne w zakresie diabetologii i kardiologii kwotę 4,30 zł brutto za jeden punkt z kontraktu, po zaakceptowaniu rozliczenia oraz wypłacie należności za dany miesiąc przez NFZ. Lekarze byli zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami obowiązującymi w NZOZ oraz przepisami prawa.

W harmonogramie pracy Poradni Kardiologicznej (obowiązującym od 1 maja 2014 r.) i wprowadzonym aneksem z dnia 20 maja 2014 r. do umowy z 23 stycznia 2012 r. wskazano, że zatrudniony w tej poradni lekarz będzie świadczył usługi medyczne w poniedziałki w godz. 12:30-20:00, we wtorki w godz. 13:00-20:00 oraz w czwartki w godz. 08:00 -18:00.

Analiza zapisów w księgach udzielonych świadczeń medycznych dotycząca, pacjentów którzy korzystali z usług Poradni Kardiologicznej w czerwcu 2014 r. wykazała, że przyjęcia świadczeniobiorców odbywały się zgodnie z przyjętym harmonogramem, z jednym odstępstwem, zamiast w poniedziałek – 16 czerwca 2014 r. pacjenci byli przyjmowani w piątek 20 czerwca 2014 r. (25 osób).

Odnosząc się do rozbieżności między harmonogramem, a faktycznym czasem świadczenia usług medycznych przez lekarza kardiologa, właściciel NZOZ wyjaśnił, że spowodowane to było zgłoszoną wcześniej nieobecnością lekarza w dniu 16 czerwca 2014 r., o której pacjenci zostali powiadomieni, poprzez umieszczenie stosownej informacji na tablicy ogłoszeń.

W harmonogramie pracy Poradni Diabetologicznej (obowiązującym od 1 października 2012 r.) i wprowadzonym aneksem z dnia 23 listopada 2012 r. do umowy nr 051/210490/02/010/12 z dnia 23 stycznia 2012 r.⁷, jeden z lekarzy zobowiązany był przyjmować pacjentów w piątki w godz. 15:20-20:00. Analiza zapisów w księdze przyjęć z czerwca 2014 r. wykazała, że lekarz ten realizował świadczenia zgodnie z harmonogramem.

(dowód akta kontroli str.116-120 i 234)

Ustalono
nieprawidłowości

W przypadku drugiego z lekarzy Poradni Diabetologicznej nie w pełni był przestrzegany w czerwcu 2014 r. harmonogram udzielania świadczeń, ustalony w umowie zawartej z NFZ.

Zgodnie z harmonogramem pracy poradni, lekarz ten był zobowiązany do świadczenia usług medycznych w poniedziałki w godz. 08:00-15:30, we wtorki w godz. 08:00-14:30 oraz w środy w godz. 14:30-20:00. Faktycznie w czerwcu 2014 r. przyjmował on świadczeniobiorców wyłącznie w poniedziałki: 2 czerwca 2014 r.(28 osób), 16 czerwca 2014 r. (30 osób) i 23 czerwca 2014 r. (28 osób).

(dowód: akta kontroli str.114-120, 140-141 i 234)

Właściciel NZOZ Damian Michalak wyjaśnił, że lekarz ten w czerwcu 2014 r. przyjmował pacjentów wyłącznie w poniedziałki z powodu nadwykonania punktów rozliczeniowych w Poradni Diabetologicznej, jakie powstały w miesiącach wcześniejszych. Wyjaśnił również, że nie chcąc powiększać puli nadwykonanych (konsekwencją czego byłoby wykorzystanie punktów z następnych miesięcy), koniecznym było „wyhamowanie” przyjęć pacjentów w tym miesiącu. Podał, że w Poradni Diabetologicznej w czerwcu 2014 r. przyjmował jeszcze jeden lekarz,

⁷ Zob. przypis nr 4

zatem dostęp pacjentów do lekarza diabetologa był zapewniony, a drugi z lekarzy diabetologów pozostawał w godzinach pracy poradni do dyspozycji pacjentów w nagłych przypadkach.

(dowód: akta kontroli str.235-237)

NIK zauważa, że NZOZ nie zgłosił ŁOW NFZ zmian w harmonogramie, do czego zobowiązany był zapisami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także postanowieniami zarządzenia nr 45/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Stosownie do § 6 ust. 3 powołanego zarządzenia, za zgodność ze stanem faktycznym informacji dostępnych w Portalu odpowiada świadczeniodawca.

Ocena cząstkowa

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

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

Opis stanu faktycznego

Stosownie do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸, NZOZ posiadał ubezpieczenie zawarte na okres od 1 maja 2014 r. do 30 kwietnia 2015 r., na sumę gwarancyjną 100.000 zł.

(dowód: akta kontroli str. 106-107)

Przeprowadzone oględziny wykazały, że wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikacje zatrudnionych w NZOZ lekarzy badanych świadczeń, spełniały warunki określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹.

Do realizacji świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii wykorzystywano m.in. EKG Mr Blue, pusoksymetr AEROPLUS 600, dwa rejestratory Holtera, elektrokoagulometr oraz USG Sonoline G50. Aparaty te, wg corocznego przeglądu technicznego, wykonanego 23 października 2013 r. przez firmę NAMEDALL-Serwis Aparatury Medycznej z/s w Łodzi były sprawne, bezpieczne dla pacjentów i obsługującego go personelu.

W związku z realizacją świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii, NZOZ czterokrotnie zgłaszał do ŁOW NFZ, za pośrednictwem narzędzia informatycznego (sekcja Portal Potencjału), zmiany personelu realizującego te świadczenia. Zmiany do umowy zostały wprowadzone aneksami z dnia 19 kwietnia 2012 r., 11 maja 2012 r., 23 listopada 2012 r. i 20 maja 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 104-108 i 114-116)

Korzystanie z możliwości bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy za pomocą aplikacji informatycznych udostępnionych przez NFZ, w szczególności osób udzielających świadczeń było zgodne z § 2 pkt 9 zawartej umowy.¹⁰

⁸ Dz. U. Nr 293, poz.1729

⁹ Dz. U. z 2013 r. ,poz. 1413

¹⁰ Patrz przypis nr 4

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

Opis stanu
faktycznego

(dowód: akta kontroli str. 62-66)

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

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

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna w NZOZ była prowadzona z wykorzystaniem programu informatycznego mMedica firmy Asseco, głównie w celu gromadzenia danych medycznych oraz rozliczania świadczeń z NFZ. W bazie danych znajdowały się dane pacjentów z poszczególnych poradni oraz dane statystyczne odnoszące się do udzielonego świadczenia (data, personel udzielający świadczenia, rozpoznanie choroby wg ICD 9, jednostka kierująca do poradni, wartość danego świadczenia wg umowy z NFZ).

Przeprowadzone oględziny indywidualnych dokumentacji medycznych świadczeniobiorców (5% kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 35-60 lat, którzy korzystali ze świadczeń Poradni Diabetologicznej lub Poradni Kardiologicznej w czerwcu 2014 r.) wykazały, że we wszystkich analizowanych kartach ujęte były informacje dotyczące udzielonego świadczenia, które przekazywane były przez lekarzy Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej, do lekarza kierującego / poz.

(dowód: akta kontroli str. 170 i 174-175)

Ustalono
nieprawidłowości

1. Analiza zapisów w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców wykazała, że w żadnej z 20 kart nie zamieszczono informacji o obciążeniach dziedzicznych lub ich niewystępowaniu, przeprowadzonych zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takiego leczenia, stanie uzębienia oraz uczuleniach lub ich niewystępowaniu. W pięciu kartach pacjentów Poradni Diabetologicznej (50% badanych) nie odnotowano również wyników pomiaru poziomu hemoglobiny glikowanej, a w Poradni Kardiologicznej u wszystkich 10 analizowanych pacjentów zaniechano wykonania pomiarów masy ciała i wzrostu (BMI).

Właściciel NZOZ Damian Michałak wyjaśnił, iż zasadą jest, że w przypadku poinformowania przez pacjentów o obciążeniach dziedzicznych, przebytych operacjach i innych chorobach przez nich przebytych, lekarze odnotowują te dane w kartach pacjenta. Wyjaśnił również, że obecnie trudno jest stwierdzić dlaczego w wybranych kartach historii zdrowia i choroby nie ma stosownych informacji. Przyczyną może być brak u tych pacjentów takich zdarzeń lub przeoczenie lekarza. Wskazał także, że wszyscy pacjenci w Poradni Diabetologicznej mają wykonywane badania poziomu hemoglobiny glikowanej (odnotowywane w dzienniczku diabetologicznym, który posiada każdy pacjent) i dane te co do zasady są również ujmowane w kartach pacjentów. Podobnie u wszystkich pacjentów Poradni Kardiologicznej wykonywane są przez pielęgniarki pomiary masy ciała i wzrostu lecz z niewiadomych właścicielowi przyczyn, lekarze nie odnotowali tych pomiarów w kartach pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 170, 174-175 i 209-211)

2. W prowadzonych pisemnie księgach przyjęć Poradni Kardiologicznej i Poradni Diabetologicznej nie ujmowano kolejnych numerów wpisów oraz godziny zgłoszenia się pacjenta, a w księgach oczekujących na udzielenie świadczenia, danych identyfikujących zakład i godziny wpisu. Stanowiło to naruszenie wymogów określonych w powołanym wcześniej § 44 rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

(dowód: akta kontroli str. 68 i 171-173)

Właściciel NZOZ Damian Michalak wyjaśnił, że nieujęcie tych danych spowodowane było przeoczeniem pracowników rejestracji przy pierwszych wpisach. Konsekwencją było dalsze rutynowe dokonywanie tych czynności bez nadawania numeracji i wskazania godziny zgłoszenia się pacjenta oraz danych identyfikujących zakład. Przeoczeniem, właściciel uzasadniał również nieodnotowywanie godziny wpisu w księdze oczekujących, prowadzonej w Poradni Diabetologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 167-170 i 235-237)

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

Ocena
częstkowa

4. Przechowywanie dokumentacji medycznej

W NZOZ zapewniono właściwe warunki przechowywania oraz ochrony przed uszkodzeniem, zniszczeniem i dostępem do dokumentacji medycznej osób nieupoważnionych. Dokumentacja medyczna Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej znajdowała się w odrębnym „pomieszczeniu porządkowym”, zamykanym na klucz, który przechowywany był w rejestracji. Była ona uporządkowana alfabetycznie i umieszczona w dwóch szafach metalowych, zamykanych na klucz typu „Yale” do którego dostęp posiadał właściciel oraz uprawnione pracownice rejestracji. Klucz ten był przechowywany w sejfie, zabezpieczonym kodem dostępu.

(dowód: akta kontroli str. 104-105)

Zasady udostępnienia świadczeniobiorcom dokumentacji medycznej oraz ceny za ich udostępnianie były określone w § 19 regulaminu organizacyjnego oraz w dodatkowej informacji umieszczonej na tablicy ogłoszeń. Cena za jedną stronę dokumentacji formatu A4 ustalona została w wysokości 0,50 zł natomiast za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentu w wysokości 6,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 38-48)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena częstkowa

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

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

NZOZ zapewnił świadczeniobiorcom pełną, dostępną i aktualną informację o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, prowadzonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczenioborców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.¹¹

¹¹ Dz. U. Nr 200, poz.1661.

Sprawy związane z udzielaniem świadczeń (w tym zapisywania się na wizyty) były uregulowane w § 14 regulaminu organizacyjnego NZOZ, który był dostępny dla pacjentów na tablicy ogłoszeń. Rejestracja zgłaszających się na wizytę u kardiologa lub diabetologa odbywała się na podstawie zgłoszenia (osobistego lub telefonicznego) pacjenta lub osoby trzeciej działającej w jego imieniu. Pacjentom zapewniono także możliwość zapisywania się na wizyty drogą elektroniczną, poprzez udostępnienie na tablicy ogłoszeń adresu poczty elektronicznej przychodni (medicalmed@poczta.fm). Do dnia zakończenia kontroli NIK żaden z pacjentów nie skorzystał z tej formy zapisu. W NZOZ przyjęto zasadę, że pacjent zostaje zapisany na wizytę do danego lekarza w dniu zgłoszenia lub w najbliższym dniu pracy poradni. W przypadku niemożności zrealizowania świadczenia w dniu zgłoszenia lub najbliższym dniu pracy poradni, pacjent był wpisywany na listę oczekujących. Informacja o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących była przekazywana ustnie zgłaszającemu się pacjentowi na wizytę do poradni lub osobie trzeciej dokonującej zapisu pacjenta, przez pracowników rejestracji. Pacjenci byli umieszczani na liście oczekujących w kolejności zgłoszenia. Wpisu na listę dokonywano na podstawie wypisanego skierowania na świadczenia dla danego rodzaju (zakresu). W przypadku osobistego zgłoszenia się pacjenta był on wpisywany na listę w oparciu o przedstawione skierowanie, a przy zgłoszeniach telefonicznych, na podstawie przeprowadzonego wywiadu pracownika rejestracji, z osobą zgłaszającą. Na listę oczekujących wpisywane były wyłącznie osoby, które rozpoczynały proces leczenia, tj. czekające na pierwszą wizytę. Nie wpisywano natomiast pacjentów, którzy rozpoczęli już leczenie.

W przypadku potrzeby wcześniejszego udzielenia świadczenia pacjentowi niż wynikało to z pierwotnie wyznaczonego terminu, pacjenci byli powiadamiani telefonicznie o „przesunięciu swego miejsca na liście” i nowym terminie wizyty. Jeżeli na skierowaniu ujęta była adnotacja „pilne” lub „cito”, pacjent był przyjmowany w dniu zgłoszenia lub w pierwszym dniu w którym przyjmował lekarz.

Pacjenci wpisani na listę oczekujących otrzymywali w rejestracji kartkę z informacją o dniu i godzinie wizyty. Zasada ta dotyczyła również pacjentów zgłaszających się na kolejne wizyty. Pacjenci będący na kolejnych pozycjach listy, po terminie zwolnionym przez innych pacjentów, byli powiadomieni telefonicznie o możliwości skorzystania z wcześniejszego terminu wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 148-149 i 235-237)

NZOZ składał w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim NFZ raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia AOS. Informacje zawarte w raportach przesyłane były w formie elektronicznej co miesiąc, w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca i były zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.¹²

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 1447.

NZOZ terminowo i rzetelnie sporządzał raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń.

W Poradni Diabetologicznej średni czas oczekiwania na wizytę (za ostatnie 3 miesiące, licząc od daty rozpoczęcia kontroli, tj. w okresie VI-VIII 2014 r.) wynosił od 8 do 21 dni, średnio 13 dni, przy miesięcznej liczbie oczekujących od 13 do 19 osób. W Poradni Kardiologicznej średni czas oczekiwania na wizytę w tym okresie wynosił 4 dni, przy średniej liczbie oczekujących miesięcznie 91 osób.

W okresie 2012 – I półrocze 2014 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił: do Poradni Diabetologicznej – 5 dni w 2012 r., 7 w 2013 r. oraz 10 dni w I półroczu 2014 r.; a do Poradni Kardiologicznej odpowiednio: 44 dni, 20 dni i 4 dni.

(dowód: akta kontroli str. 150-156 i 206-208)

Wbrew postanowieniom art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w NZOZ nie prowadzono udokumentowanych okresowych ocen list oczekujących na udzielanie świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii. Właściciel NZOZ Damian Michalak wyjaśnił, że przyjęto zasadę analizy skierowań dokonywanej przez kierownika do spraw medycznych w dniu ich zarejestrowania, co było formą dokonywania oceny już na wstępnym etapie tworzenia listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 161-166)

NZOZ zapewnił świadczeniobiorcom dostępną i aktualną informację o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością, wymienionych w art. 47c ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz o zasadach korzystania z tego przywileju.

Informacja taka, spełniająca wymogi powołanych przepisów, została umieszczona na tablicy ogłoszeń w dniu 18 września 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 67 i 161-166)

Ustalone
nieprawidłowości

Przeprowadzone oględziny list oczekujących na świadczenia w analizowanych poradniach specjalistycznych (34 pacjentów Poradni Diabetologicznej oraz 46 Poradni Kardiologicznej, którzy korzystali ze świadczeń w styczniu i czerwcu 2014 r.) wykazały, że listy oczekujących w Poradni Diabetologicznej nie zawierały informacji odnoszących się do rozpoznania lub powodu przyjęcia pacjenta, a w dwóch przypadkach również daty skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących oraz o przyczynach dokonanego skreślenia. Stanowiło to naruszenie zasad określonych w art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Właściciel NZOZ Damian Michalak wyjaśnił, że na listach oczekujących w Poradni Diabetologicznej wpisywany jest jako rozpoznanie kod ICD 9:ZOO. Wynika to z faktu, że wpisy na listy oczekujących dokonują pracownicy rejestracji, którzy nie są pracownikami medycznymi. Część zapisów dokonywana jest telefonicznie i wówczas pacjent lub osoba dokonująca zapisu w jego imieniu, nie jest w stanie wskazać kodu rozpoznania (podejrzenia) choroby, a ponadto na części skierowań nie wskazano kodu, bądź został on wpisany nieczytelnie. W odniesieniu do dwóch stwierdzonych przypadków, w których nie odnotowano daty skreślenia pacjentów z listy oczekujących oraz nie podano przyczyn tego skreślenia, właściciel NZOZ wyjaśnił, że było to prawdopodobnie spowodowane przeoczeniem pracowników rejestracji.

(dowód: akta kontroli str. 170,174-175 i 209-211)

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

6. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

6.1. Umowa z dnia 23 stycznia 2012 r.¹³ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określała zobowiązanie Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w maksymalnej wysokości 1.060.037,90 zł w 2012 r., 1.134.565,00 zł w 2013 r. i 1.028.414,60 zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str.62-66 i 82-103)

Podstawą rozliczeń wykonanych świadczeń w Poradni Diabetologicznej i Kardiologicznej były raporty statystyczne zawierające wykaz udzielonych porad, z przypisaną im wartością punktową (odpowiednią dla typu porady) oraz kwotowe wyliczenie, stanowiące iloczyn punktów i wartości kwotowej jednego punktu. W badanym okresie, określone w umowach wartości kwotowe jednego punktu rozliczeniowego dla analizowanych specjalizacji nie były zmieniane (8,10 zł). Zmianom podlegała liczba punktów rozliczeniowych ustalonych w umowach na dany rok.

Wartość świadczeń sfinansowanych przez NFZ w zakresie kardiologii wyniosła: w 2012 r. –92 562,75 zł (99,5% planu) i 76 459,95 zł w 2013 r. (98,4%), a w zakresie diabetologii odpowiednio: 67 578,30 zł (98,3% planu) i 73 835,55 zł (99,2%). W ramach tych środków w Poradni Kardiologicznej przyjęto 1 530 osób w 2012 r. oraz 1 671 w 2013 r., a w Poradni Diabetologicznej odpowiednio: 1 250 oraz 1 556 osób. W I półroczu 2014 r., plan rzeczowo-finansowy został wykonany przez NZOZ w 151,1% (kardiologia) i 108,5% (diabetologia). W okresie tym zrealizowana wartość świadczeń wyniosła w kardiologii 64 160,10 zł (1 387 pacjentów), a w przypadku diabetologii 46 603,35 zł (965 pacjentów). Właściciel NZOZ Damian Michalak wyjaśnił m.in., że nie występował z wnioskiem o przesunięcie kwot zobowiązań po I półroczu 2014 r., bowiem zasadą przyjętą przez NFZ jest kompleksowe rozliczanie świadczeń po zakończeniu danego roku. Wówczas, w przypadku niewykonania świadczeń w danym zakresie (rodzaju) Fundusz wyraża zgodę na przeniesienie tych punktów rozliczeniowych do zakresu, w którym powstały nadwykonania.

(dowód: akta kontroli str. 82-103; 157-160 i 167-170)

NZOZ w okresie objętym kontrolą, nie zlecał podwykonawcom wykonywanie świadczeń w zakresie AOS.

(dowód: akta kontroli str.142- 147)

NZOZ składał w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim NFZ rachunki na piśmie oraz raporty statystyczne o zrealizowanych świadczeniach. Zapłata należności następowała zgodnie z zasadami określonymi w § 24 ust. 1 załącznika

¹³ W latach 2012-2014 (I półrocze) w trakcie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, aneksami do umowy zmieniano ustalone plany rzeczowo-finansowe na następne okresy rozliczeniowe(m.in. z 04.07.2012 r., 04.10.2012 r., 31.12.2012 r., 29.12.2012 r., 29.10.2013 r., 23.12.2013 r., 15.01.2014 r. 03.02.2014 r. i 03.01.2014r.)

do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., tj. w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych.

(dowód: akta kontroli str.157-159)

6.2. NZOZ był kontrolowany przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi w zakresie realizacji umowy¹⁴ zawartej z ŁOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – świadczenia w zakresie Dermatologii i Wenerologii, realizowanej od 1 stycznia do 23 lutego 2012 r. W wystąpieniu pokontrolnym pozytywnie oceniono:

1. warunki lokalowe, które spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹⁵,
2. wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, za pomocą której udzielane są świadczenia w tej poradni, przy jednoczesnym posiadaniu ważnych przeglądów na ich użytkowanie,
3. ujęcie na tablicy informacyjnej wszystkich wymaganych informacji.

Negatywnie oceniono natomiast wprowadzone przez NZOZ zmiany personelu, w harmonogramie pracy Poradni Dermatologii i Wenerologii. W wystąpieniu pokontrolnym z 24 kwietnia 2012 r. ŁOW NFZ wskazał, że harmonogram pracy musi być zgodny z załącznikiem nr 2 do umowy, bowiem czas pracy tej poradni był „elementem rankingującym w postępowaniu konkursowym”. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, NZOZ został obciążony kwotą 583,20 zł z tytułu kary umownej¹⁶, stanowiącej 1% wartości kontrolowanego zakresu umowy. Kontrola sprawdzająca przeprowadzona przez ŁOW NFZ w maju 2012 r. pozytywnie oceniła realizację zaleceń pokontrolnych uznając, że obsada personelu medycznego realizującego świadczenia medyczne w Poradni Dermatologii i Wenerologii jest zgodna z podpisaną umową, a godziny pracy poradni zgodne z harmonogramem.

(dowód: akta kontroli str. 69-81)

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁷, wnosi o:

- pełne dostosowanie listy oczekujących na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne do wymogów określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- przeprowadzanie w pełnym zakresie niezbędnych badań oraz wpisywanie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów wszystkich informacji, wymaganych przepisami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

¹⁴ Przypis nr 4

¹⁵ Dz. U. Nr 31, poz.158

¹⁶ Na podstawie § 30 ust.1 pkt2 lit. a „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

- zapewnienie przestrzegania czasu pracy lekarzy, określonych w harmonogramach pracy poradni oraz informowanie NFZ o każdorazowej zmianie tego harmonogramu.

– 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 Łodzi.

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.

Łódź, dnia 14 listopada 2014 r.

Kontroler

Henryk Kominiak
Doradca ekonomiczny

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Łodzi

z up.

Włodzimierz Legadło
wicedyrektor