



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-014-06/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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	Marianna Rejnus- Sałek, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 91961 z dnia 15 września 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana	Przedsiębiorstwo Produkcyjno - Handlowo - Usługowe „FAGMET” Franciszek Gaczkowski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „ESKULAP”, 96-100 Skierniewice, ul. Sobieskiego 29, REGON – 750021599.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Franciszek Gaczkowski, dyrektor

(dowód: akta kontroli str. 3, 11)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia przede wszystkim zapewnienie warunków organizacyjnych, kadrowych i sprzętowych, pozwalających na realizację umowy z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia² w zakresie udzielania ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w specjalności kardiologia i diabetologia. Należy podkreślić, że czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta przez specjalistę był bardzo krótki, a w wielu przypadkach byli przyjmowani już w dniu zgłoszenia.

Ujawnione w toku kontroli nieprawidłowości polegały m.in. na:

- niezachowaniu terminu złożenia wniosku o wpis zmian w rejestrze;
- nieprzestrzeganiu harmonogramu czasu pracy lekarzy określonego w umowie zawartej z OW NFZ;
- nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, w tym list oczekujących.

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

² Zwanego dalej „OW NFZ”

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja umów o udzielanie świadczeń w rodzaju „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”³ wybranych specjalności AOS (kardiologia i diabetologia), finansowanych ze środków publicznych.

1.1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy.

Opis stanu
faktycznego

Podmiot leczniczy działa pod firmą: Przedsiębiorstwo Produkcyjno Handlowo Usługowe „FAGMET” Franciszek Gaczkowski (PPHU FAGMET). W strukturach podmiotu leczniczego występują następujące przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „ESKULAP” w Skierniewicach ul. Sobieskiego 29;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „ESKULAP” w Żyrardowie ul. POW 5.

Kontrolą objęto działalność ww. podmiotu leczniczego w Skierniewicach, zwanego dalej „Przychodnią”. Podmiot ten rozpoczął działalność leczniczą z dniem 2 listopada 1998 r. po uzyskaniu wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, tj. zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴ i został utworzony - na podstawie art. 8 ust. 3 ww. ustawy - przez osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą firmy: PPHU FAGMET. Przedsiębiorca jest wpisany do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez miasto stołeczne Warszawa⁵. Przedmiot działalności gospodarczej to m.in. praktyka lekarska ogólna i praktyka lekarska specjalistyczna..

(dowód: akta kontroli str. 3-34, 53)

Przychodnia wpisana jest do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonej przez wojewodę mazowieckiego – właściwego do miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, tj. zgodnie z art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶. W latach 2012-2014 (I półrocze) Przychodnia składała wnioski o dokonanie wpisu zmian w rejestrze w związku z zawarciem kolejnej umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej, certyfikacji ISO oraz wpisania do każdej poradni specjalistycznej kodu gabinetu diagnostyczno – zabiegowego.

Poradnia diabetologiczna i kardiologiczna została wpisana do rejestru w dniu 6 września 2004 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-24, 35-47, 176-182)

W Przychodni obowiązuje regulamin organizacyjny NZOZ Przychodnia Lekarska ESKULAP zatwierdzony 3 września 2011 r. (z wprowadzonymi zmianami z dniem 18 maja 2014 r.) przez dyrektora podmiotu leczniczego. Zgodnie z zapisami regulaminu osobami uprawnionymi do reprezentacji NZOZ ESKULAP jest Franciszek Gaczkowski – dyrektor. Regulamin organizacyjny zawiera elementy wymagane art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej dla podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia ambulatoryjne. W strukturze organizacyjnej Przychodni wymieniono m.in. poradnię diabetologiczną i poradnię kardiologiczną oraz gabinet diagnostyczno – zabiegowy. Według zapisów

³ Zwanych dalej „AOS”

⁴ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁵ Do dnia 30 grudnia 2010 r. wpisany do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta Skierniewice. Decyzją Prezydenta Miasta Skierniewice z 30 grudnia 2010 r. został wykreślony z ewidencji działalności gospodarczej ze względu na zmianę miejsca zamieszkania.

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

regulaminu, proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w rejestracji Przychodni, gdzie pacjenci zgłaszają się po wejściu do Przychodni, a po zarejestrowaniu się do lekarza pacjent w umówionym dniu i o określonej godzinie zgłasza się do przyjęcia we wskazanym gabinecie lekarskim. W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego. W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do uzyskania niezbędnych wyjaśnień dotyczących postawionej diagnozy i zaproponowanego leczenia. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych kierują ubezpieczonych na konsultacje specjalistyczne, na leczenie szpitalne lub zabiegi fizjoterapeutyczne poprzez wystawione na obowiązujących drukach skierowania. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację musi być poprzedzone badaniem diagnostycznym, uzasadniającym i uzupełniającym skierowanie.

Informacje dotyczące wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej podano do wiadomości pacjentów zamieszczając je na tablicach informacyjnych w rejestracji Przychodni i na zewnątrz budynku, tj. zgodnie z postanowieniem art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 11-24)

Przychodnia posiada certyfikat ISO 9001:2008 System zarządzania jakością i ISO 14001:2004 System zarządzania środowiskowego, który zatwierdzony został 3 kwietnia 2014 r. z datą ważności do 3 kwietnia 2017 r. Zakres działalności obejmuje zarządzanie świadczeniem usług medycznych w zakresie m.in. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Poprzednio Przychodnia posiadała certyfikat w zakresie systemu zarządzania jakością zgodnie z wymaganiami normy PN-ENISO 9001:2009 w zakresie m.in. udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, programów profilaktyczno – zdrowotnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, prób wysiłkowych, EKG, USG, Dopplera (data ważności certyfikatu – 30 września 2016 r.)

W Księdze jakości i zarządzania środowiskowego w pkt. 6.5 dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych podano m.in., że w całym procesie leczenia jest zachowana pełna identyfikacja dotycząca diagnozowania, wykonywanych badań i uzyskanych wyników oraz osób, które zleciły i wykonały określone zadania dzięki odpowiednim zapisom w dokumentacji medycznej pacjenta. Zapisy procesu leczenia, kwalifikacji personelu i wyposażenia technicznego podlegają nadzorowaniu i przechowywaniu. Personel Przychodni posiada niezbędne uprawnienia do świadczenia oferowanych usług.

(dowód: akta kontroli str.49-55)

Dni i godziny przyjęć lekarzy diabetologów i kardiologów podane na wywieszkach przy poradni były zgodne z harmonogramem czasu pracy lekarzy stanowiącym załącznik nr 2 do aneksu z dnia 3 stycznia 2014 r. i z 23 września 2014 r. do umowy zawartej z OW NFZ oraz z danymi dostępnymi na portalu świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 56, 61, 66, 88-102, 183-189)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Wniosek o wpis zmian w rejestrze złożono 3 marca 2014 r., tj. 26 dni po zawarciu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (5 lutego 2014 r.), co było niezgodne z wymogami art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych nim objętych w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

(dowód: akta kontroli str. 46-47, 72-73, 176-182)

2. W harmonogramie czasu pracy (załącznik nr 2 do umowy z OW NFZ) i na informacjach przy poradniach wymieniono, że w każdej poradni przyjmuje po dwóch lekarzy. Natomiast na tablicach ogłoszeń (zamieszczonych na zewnątrz budynku Przychodni oraz w rejestracji) podano, że przyjmuje jeden lekarz kardiolog i jeden diabetolog w dniach i godzinach zgodnych z harmonogramem dołączonym do umowy.

W Księgach przyjęć obu poradni nie odnotowywano godziny zgłoszenia się pacjenta na wizytę. Kontrola Księgi przyjęć poradni kardiologicznej za miesiąc styczeń i czerwiec 2014 r. wykazała, że lekarz kardiolog (jeden G.P.) przyjmował w styczniu tylko w dniach: 13 (poniedziałek) i 15 stycznia (środa) 2014 r. W miesiącu czerwcu odnotowano wizyty w każdy poniedziałek i środę w dniach od 2 do 18 czerwca 2014 r. Według harmonogramu czasu pracy poradni lekarz przyjmuje każdego dnia tygodnia (od poniedziałku do soboty).

Według Księgi przyjęć poradni diabetologicznej, lekarz diabetolog (jeden - M.Ch.) przyjmował w każdą sobotę stycznia i czerwca oraz 3 i 4 czerwca (wtorek i środa) 2014 r. Dni pracy lekarzy (dwóch) w poradni diabetologicznej określone w harmonogramie czasu pracy i na informacjach przy poradni to: wtorek, środa i sobota.

Dyrektor Przychodni w powyższych sprawach wyjaśnił, że spowodowane to było małym kontraktem i lekarze pracujący w poradniach wyczerpują limit kontraktu po jednym tygodniu pracy (kardiologia) i po dwóch tygodniach (diabetologia) nieprzerwanej i planowanej pracy poradni wg harmonogramu. W trakcie kontroli podjęto działania w celu ujednolicenia harmonogramów. Jednocześnie dodał, że pacjenci są prawidłowo informowani o dniach i godzinach przyjęć przy zapisywaniu się na wizytę.

Najwyższa Izba Kontroli, zauważa, że według Księgi przyjęć w poradni kardiologicznej w styczniu kontrakt zrealizowano tylko w 45,3% (zrealizowano 277 jednostek rozliczeniowych na 611 zaplanowanych), a w czerwcu w 88,5% (zrealizowano 541 jednostek rozliczeniowych). W poradni diabetologicznej planowany limit (637 jednostek) zrealizowano w styczniu w 88,5% (564 jednostki) oraz w czerwcu w 119,5% (761 jednostek). Za I- sze półrocze 2014 r. kontrakt zrealizowano w 56,3% w poradni diabetologicznej i w 49,3% w poradni kardiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 56-70, 140-146, 152-153, 160-162, 176-182)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu faktycznego

Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Skierniewicach w latach 2012-2014 (I półrocze) przeprowadził w Przychodni 6 kontroli (3 w 2012 r., 2 w 2013 i jedną w 2014 r.). Podczas tych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydawano zaleceń pokontrolnych.

Przychodnia zapewnia dostęp osobom niepełnosprawnym do budynku oraz pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne (windę, szerokie korytarze, przystosowane łazienki).

(dowód: akta kontroli str. 74-82)

Przychodnia spełnia wymagania informacyjne opisane w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷. Świadczeniodawca umieścił na

⁷ Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484

zewnątrz budynku Przychodni w miejscu ogólnie dostępnym tablicę ze znakiem NFZ. Na zewnątrz budynku i w rejestracji podał do publicznej wiadomości świadczeniobiorców informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych poradniach. Ponadto, na tablicy ogłoszeń w rejestracji i na zewnątrz budynku podał m.in.: zasady zapisu na porady i wizyty z informacją, że w stanach zagrożenia życia, wypadku, porodu należy bezwzględnie dzwonić na numer pogotowia ratunkowego – 999 lub 112; tryb składania skarg i wniosków, zasady udzielania świadczeń osobom szczególnie uprawnionym, informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących, wykaz podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 85)

Poradnia kardiologiczna i diabetologiczna spełnia wymagania określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸

Poradnia diabetologiczna wyposażona jest w następujący sprzęt/aparaturę medyczną: glukometr, monofilament, przyrząd do badania czucia bólu (neurotips), przyrząd do badania czucia temperatury skóry (thim-therm), widelki stroikowe. W lokalizacji posiada dostęp do oftalmoskopii i USG z opcją Dopplera oraz do gabinetu diagnostyczno – zabiegowego.

Poradnia kardiologiczna ma dostęp m.in. do EKG, ultrasonografów, USG z opcją Dopplera, dwóch zestawów do prób wysiłkowych, aparatu rentgenowskiego, Holtera RR, USG.

Przychodnia posiada własne laboratorium diagnostyki lekarskiej wpisane do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (poz. 135, nr ewidencyjny 913) oraz może korzystać z usług podwykonawcy, tj. Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Skierniewicach.

W poradni kardiologicznej przyjmuje lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, a w poradni diabetologicznej – lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii. Posiadane przez personel medyczny kwalifikacje były zgodne z danymi wykazanymi w załączniku nr 2 do umowy z OW NFZ (harmonogram – zasoby).

(dowód: akta kontroli str.81-84, 86-102)

W załączniku do umowy z NFZ – harmonogram zasoby w poradni kardiologicznej i w poradni diabetologicznej wymieniono po dwóch lekarzy specjalistów o dostępności godzin tygodniowo w wymiarze odpowiednio: 24,5 i 12,5 godziny. W obu poradniach lekarze zatrudnieni są na podstawie umów o wykonanie usług lekarskich w Przychodni w zakresie odpowiednio kardiologii i diabetologii.

(dowód: akta kontroli str. 86-87, 95-106)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

1.3.Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w AOS

Opis stanu
faktycznego

W 5 indywidualnych dokumentacjach medycznych na 20 wybranych do kontroli zamieszczono informację lekarza kardiologa/diabetologa przekazaną do lekarza kierującego do poradni o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu i planach dalszego postępowania/zaleceniach. We wszystkich dokumentacjach objętych badaniem zamieszczono informacje o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej.

⁸ Dz. U z 2013 r., poz. 1413

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że niezamieszczenie we wszystkich indywidualnych dokumentacjach medycznych informacji do lekarza POZ wynikało z tego, że część pacjentów poradni diabetologicznej i kardiologicznej jest jednocześnie pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej tej przychodni.

(dowód: akta kontroli str. 107-110,176-182)

1.4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Do badania indywidualnej dokumentacji medycznej wybrano 20 historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 35 – 65 lat (po 10 z każdej poradni), którzy byli przyjęci w czerwcu 2014 r. W części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia pacjentów zamieszczono informacje: o chorobach przewlekłych - we wszystkich kartach, o przebytych poważnych chorobach - w 10 kartach (50%), o pobytach (lub nie) w szpitalu - w 12 (60%), o zabiegach chirurgicznych i o stanie uzębienia - w jednej (5%). We wszystkich kartach podawano masę ciała, a w 10 (50%) również wzrost pacjenta.

Analiza pojedynczych wizyt/porad w czerwcu 2014 r., wykazała, że we wszystkich kartach historii zdrowia i choroby wpisano dane określone w § 42 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹, tj. m.in.: opis badania podmiotowego i przedmiotowego, informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, opis wyników badań diagnostycznych, informacje o przepisanych lekach i wpis o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego, urazu. W latach objętych kontrolą wybrani do kontroli pacjenci korzystali łącznie z 82 porad/wizyt (43 w poradni diabetologicznej i 39 w poradni kardiologicznej), w tym żadna wizyta nie dotyczyła wyłącznie powtórzenia leków.

(dowód: akta kontroli str. 107-110)

Do prowadzenia dokumentacji medycznej w poradni diabetologicznej wykorzystywano program komputerowy – mMedica, w poradni kardiologicznej dokumentacja medyczna prowadzona jest ręcznie. Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że personel w poradni kardiologicznej nie miał jeszcze odpowiedniego szkolenia, które planowane jest na 2015. W opinii Dyrektora Przychodni, jednostka na dzień dzisiejszy jest częściowo przygotowana do wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia¹⁰. Jednak do 2017 roku konieczna będzie całkowita wymiana sprzętu, który do tego czasu ulegnie zużyciu. Inwestycja jest wyceniana wg obecnych cen rynkowych na 150 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 107-110, 171-175)

Prawidłowość prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej – Księgi przyjęć do poradni diabetologicznej i kardiologicznej sprawdzono na podstawie wpisów dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r. Łącznie kontrolą objęto 442 poszczególnych pozycji wpisów (272 w poradni diabetologicznej i 170 w poradni kardiologicznej). Księgi te opatrzone były nazwą poradni oraz zawierały następujące dane: numer kolejny wpisu, datę zgłoszenia się pacjenta (wpisywano na początku każdego dnia), dane identyfikacyjne pacjenta (imię i nazwisko, adres i numer PESEL) oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli str. 67-70)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Kontrola indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów (20 przypadków, po 10 z każdej poradni) wykazała, że historie te nie zawierały niektórych elementów

⁹ Dz. U z 2014 r., poz. 177 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”

¹⁰ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.)

wymaganych § 42 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. W żadnej z kart nie zamieszczono informacji o szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach i obciążeniach dziedzicznych. Ponadto, nie podano informacji o: przebytych poważnych chorobach - w 10 kartach (50%), pobytach (lub nie) w szpitalu - w 8 (40%), stanie uzębienia i zabiegach chirurgicznych - w 19 (95%) oraz o wzroście pacjenta - w 10 (50%).

Najwyższa Izba Kontroli nie uznaje za wystarczające wyjaśnienia Dyrektora Przychodni, że wywiad został przez lekarza przeprowadzony, a informacje te nie były odnotowywane, jeśli nie dotyczyły pacjenta. NIK zauważa, że przepisy § 42 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej odnoszą się do ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów konkretnego pacjenta, które to dane powinny być każdorazowo odnotowywane w dokumentacji medycznej, także w przypadku negatywnej odpowiedzi. Brak informacji w ww. zakresie może budzić uzasadnione wątpliwości, co do interpretacji zapisów prowadzonej dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 107-110)

2. Kontrola wpisów w Księgach przyjęć do poradni kardiologicznej i diabetologicznej dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r. (łącznie 442 wpisy) wykazała, że w obu Księgach nie wpisywano: godziny zgłoszenia się pacjenta na wizytę; imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu; danych identyfikujących osobę udzielającą świadczenia oraz pełnych danych identyfikacyjnych lekarza kierującego do poradni, tj. nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu. W 218 pozycjach wpisano tylko numer prawa wykonywania zawodu lekarza, a w 198 pozycjach wpisano nazwisko lekarza. Ponadto, w 25 pozycjach w poradni kardiologicznej i jednej w poradni diabetologicznej nie wpisano danych identyfikujących lekarza kierującego do poradni. Obie księgi opisane były tylko nazwą poradni, nie zawierały natomiast kodu identyfikacyjnego poradni i numeru księgi oraz danych identyfikacyjnych dotyczących zakładu, tj. nazwy zakładu, adresu z numerem telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego. Takie prowadzenie Ksiąg przyjęć było niezgodne z przepisem § 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Ponadto, w 69 pozycjach (25 w poradni kardiologicznej i 44 w poradni diabetologicznej) wpisano w Księdze przyjęć również pacjentów, którzy nie zgłosili się na umówioną wizytę.

Dyrektor Przychodni w wyjaśnieniach potwierdził brak niektórych wymaganych danych w księdze przyjęć, stwierdzając jednocześnie, że wprowadzono tylko dane, które uważano za najważniejsze, ze względu na wdrażany obecnie system elektronicznej księgi przyjęć, który zawierać będzie wszystkie wymagane dane. Ponadto, w celu usprawnienia pracy poradni (przygotowywanie historii chorób dzień wcześniej dla wszystkich zapisanych pacjentów) i udokumentowania, iż pacjent nie zgłosił się na wizytę, wpisywano do księgi przyjęć wszystkich pacjentów zapisanych na dany dzień.

W ocenie NIK, powyższe przyczyny nie mogą stanowić przesłanek do nieprzestrzegania obowiązującego w tym zakresie przepisu prawa. NIK wskazuje jednocześnie, że prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami wynikającymi z obowiązujących przepisów ma wpływ na jej rzetelność i ocenę jakości organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 67-70)

Ocena cząstkowa

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

1.5. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Księgi przyjęć przechowywane są w sejfie znajdującym się w pomieszczeniu przy rejestracji Przychodni. Dostęp do tego pomieszczenia mają pielęgniarki pracujące w rejestracji Przychodni. Indywidualna dokumentacja medyczna przechowywana jest w szafach (szuflady) w rejestracji Przychodni. Do pomieszczenia rejestracji nie mają wstępu osoby nieupoważnione, a tym samym przechowywanie dokumentacji medycznej gwarantuje zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych. Na tablicy ogłoszeń w rejestracji Przychodni zamieszczono informacje o możliwości udostępnienia świadczeniobiorcom dokumentacji medycznej z podaniem cen sporządzenia odpisu, zestawienia lub kopii dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 67-70, 85, 107-110)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

Lista osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych prowadzona jest w formie elektronicznej (program komputerowy mMEDICA). Sposób prowadzenia listy oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej i kardiologicznej sprawdzono na podstawie wpisów dokonanych w I-szym półroczu 2014 r. (w obydwu poradniach w styczniu i czerwcu 2014 r. nie dokonywano wpisów na listę oczekujących). Łącznie badaniem objęto 132 wpisy¹¹ i stwierdzono, że wszystkie pozycje zawierały następujące informacje: numer kolejny, datę i godzinę wpisu oraz datę i godzinę udzielenia świadczenia, dane osobowe świadczeniobiorcy wraz z numerem PESEL oraz imię i nazwisko osoby wpisującej, tj. zgodnie z wymaganiami art. 20 ust. 2 pkt. 3 ppkt a-d, f, h, i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹². Ponadto, zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt. 4 wyżej cytowanej ustawy, we wszystkich pozycjach wpisywano datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Z powodu zrealizowania świadczenia wykreślono 109 pozycji, tj. 82,6% oraz z powodu niezgłoszenia się pacjenta na umówioną wizytę wykreślono 20 pozycji (15,1%). We wszystkich pozycjach zakwalifikowano pacjentów do kategorii medycznej – przypadek stabilny.

(dowód: akta kontroli str. 111-112)

Na tablicach ogłoszeń w Przychodni (na zewnątrz budynku i w rejestracji) poinformowano świadczeniobiorców o możliwościach i sposobach zapisywania się na listę oczekujących m.in. do poradni specjalistycznych. Zapisy na listę oczekujących można dokonać: osobiście, telefonicznie (podano numer telefonu i godziny pracy rejestracji od 8.00 do 18.00), poprzez osoby trzecie (osobiście lub telefonicznie) lub elektronicznie (podano adres e-mail). Metoda zapisywania się drogą elektroniczną jest stosowana bardzo rzadko, ze względu na starszy wiek populacji pacjentów Przychodni. Pacjenci wpisywani są na listę oczekujących według pierwszego wolnego terminu, który również odpowiada pacjentowi. Wpisów na listę dokonują pielęgniarki w rejestracji, a osobą odpowiedzialną za prowadzenie tej listy jest główna pielęgniarka koordynująca. Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że dodatkowo prawidłowość prowadzenia sprawozdań pod względem

¹¹ 114 w poradni diabetologicznej i 18 na listę do poradni kardiologicznej

¹² Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”

administracyjnym (m.in. terminy sprawozdawczości, obsługę elektroniczną portalu świadczeniodawcy) nadzoruje specjalistyczna firma zewnętrzna.

Według postanowień umowy zawartej 3 marca 2008 r. pomiędzy Dyrektorem Przychodni i firmą Medincom, do podstawowych obowiązków zleceniobiorcy należy nadzór nad obsługą programu informatycznego służącego do rozliczeń z NFZ i dostarczanie wynikających z tej obsługi danych do comiesięcznych rozliczeń Przychodni oraz informacja o istotnych komunikatach dotyczących przedmiotu zlecenia publikowanych przez NFZ.

Listy oczekujących – stosownie do postanowień art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych – podlegają ocenie przez przyjmującego lekarza diabetologa i kardiologa, którzy decydują o ewentualnych zmianach na liście, biorąc pod uwagę kryteria medyczne oparte na aktualnej wiedzy. Podczas kontroli list oczekujących do poradni diabetologicznej i kardiologicznej za I –sze półrocze 2014 r. nie stwierdzono przypadków przyśpieszenia terminu wizyty przez lekarza dokonującego oceny listy. Raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia w poradni diabetologicznej i kardiologicznej za poszczególne miesiące w pierwszym półroczu 2014 r., przekazywane do OW NFZ zawierały dane określone w § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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 publicznych¹³.

(dowód: akta kontroli str. 111-132, 171-175)

Średni czas oczekiwania na świadczenie wyliczany jest przy pomocy programu komputerowego mMedica. Szacunkowy czas oczekiwania na świadczenie w poradni diabetologicznej w okresie od stycznia do sierpnia 2014 r. wynosił od „0” dni (w styczniu i sierpniu) do 4 dni (od marca do czerwca) i do 5 dni (w lipcu). Natomiast w poradni kardiologicznej wynosił on od „0” dni (w styczniu oraz od marca do lipca) do jednego dnia (w lutym i sierpniu).

W Przychodni nie zorganizowano systemu powiadamiania/przypominania o zbliżającym się terminie wizyty. W przypadku zmiany terminu umówionej wizyty z powodów leżących po stronie świadczeniodawcy pacjenci informowani są telefonicznie o zmianie. Pacjenci natomiast bardzo rzadko informują świadczeniodawcę o rezygnacji lub niemożności skorzystania z umówionej wizyty, pomimo, że są informowani w tym zakresie przy zapisywaniu na wizytę.

Przy zapisywaniu świadczeniobiorców na „zwolnione terminy” przyjęto zasadę proponowania tego terminu wizyty pierwszemu kolejnemu pacjentowi.

Pacjenci uprawnieni¹⁴ do świadczeń poza kolejnością przyjmowani są, jako dodatkowi pacjenci w najbliższym możliwym terminie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zgłoszenia. Informacje o zasadach udzielania świadczeń osobom uprawnionym – stosownie do postanowień art. 47c ust. 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych – zamieszczono na tablicach ogłoszeń (na zewnątrz budynku i w miejscu rejestracji pacjentów).

(dowód: akta kontroli str. 85, 117-132, 171-175)

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

Listy oczekujących na świadczenie w poradniach diabetologicznej i kardiologicznej nie spełniały wymogów określonych w art. 20 ust. 2 pkt 3 ppkt e i g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nie wpisywano w nich rozpoznania lub powodu przyjęcia we wszystkich 132 wpisach oraz w 39 pozycjach nie wpisano numeru telefonu lub innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem.

¹³ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

¹⁴ Wymienieni w art. 47 c ustawy o świadczeniach zdrowotnych

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że jest to trudny przepis do zastosowania (dotyczy wpisywania rozpoznania) w szczególności, że część zapisów odbywa się telefonicznie lub przez osoby trzecie (bez możliwości weryfikacji skierowania). Brak wpisanego numeru telefonu wynikał prawdopodobnie z braku telefonu lub niechęci udostępnienia tych danych przez pacjentów (wielu pacjentów mieszka w małych miejscowościach i jest w starszym wieku).

(dowód: akta kontroli str. 111-112, 176-182)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działalność w badanym obszarze.

1.7. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

Opis stanu
faktycznego

W latach objętych kontrolą obowiązywała umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarta 20 stycznia 2012 r. (wraz z aneksami), pomiędzy OW NFZ i PPHU FAGMET. W latach 2012- 2014 (I - sze półrocze) wprowadzono 18 aneksów do ww. umowy, które obejmowały swoim zakresem m.in. poradnie diabetologiczną i kardiologiczną. Wprowadzone zmiany dotyczyły: zmiany adresu podmiotu leczniczego i przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zmiany planu rzeczowo – finansowego (8) oraz zmian personelu i harmonogramu pracy w badanych poradniach.

Umowy wykonywane były z udziałem podwykonawców, tj.:

- Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Skierniewicach w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej (w tym mammografii) oraz badania elektrofizjologiczne;
- EMITON PLUS M. Smulik w zakresie badania słuchu – audiometria tonalna;
- Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. N. Barlickiego w Łodzi w zakresie badanie elektromiografii (w 2012 r.).

(dowód: akta kontroli str. 137-139)

W latach objętych kontrolą w poradni kardiologicznej udzielono świadczenia 2.866 pacjentom (1.009 w 2012 r.; 1.213 w 2013 r. i 644 w I półroczu 2014 r.). Łączna wartość jednostek rozliczeniowych wyniosła 18.560,5 pkt (7.504 w 2012 r., 7.443 w 2013 r. i 3.613,50 w I półroczu 2014 r.), a wartość udzielonych świadczeń ogółem - 157.764 zł, z tego 63.784 zł w 2012 r., 63.265 zł w 2013 r. i 30.715 w I półroczu 2014 r. Plan rzeczowo – finansowy (załącznik nr 1 do umowy z NFZ) w 2012 r. zrealizowano w 92,0% (plan wynosił 7671 jednostek rozliczeniowych), w 2013 r. – w 105,6 % (7.051 jednostek rozliczeniowych) i w I półroczu 2014 r. – w 49,3% (7.332 jednostki rozliczeniowe).

W poradni diabetologicznej udzielono 2918 świadczeń (967 w 2012 r., 1219 w 2013 r. i 732 w I – szym półroczu 2014 r.) o łącznej wartości jednostek rozliczeniowych 17.247 (odpowiednio: 6.391,50; 6536,00 i 4.319,50). Wartość udzielonych świadczeń wynosiła ogółem 148.325 zł, z tego 54.967 zł w 2012 r.; 56.210 w 2013 r. i 37.148 zł do 30 czerwca 2014 r. Przychodnia zrealizowała plan rzeczowo – finansowy w 2012 r. w 94,7%, w 102,4% w 2013 r. i w 56,3% do 30 czerwca 2014 r.

Niewykonanie planu w 2012 r. – wg Dyrektora Przychodni - wynikało ze zmiany lekarza w poradni diabetologicznej (zmiana wprowadzona aneksem z 27 września 2012 r. z datą obowiązywania od 10 września 2012 r. – dopisek kontrolera) oraz niezgłoszeniem się na wizyty niektórych zapisanych pacjentów do poradni kardiologicznej. Niedowyożnienia z tych poradni przesunięto na poradnie, które miały

nadwykonania. W 2013 r. nadwykonania były zapłacone przez NFZ w wyniku przesunięć między zakresami umów (jeśli w niektórych poradniach były nadwykonania, a w innych niedowykonania). Kwota nadwykonań w 2013 r. wynosiła łącznie 4.639 zł, z tego w poradni diabetologicznej – 1.307 zł (152 jednostki rozliczeniowe) i w poradni kardiologicznej – 3.332 zł (392 jednostki rozliczeniowe).

Dane dotyczące udzielonych świadczeń w poradni diabetologicznej i kardiologicznej w miesiącu styczniu i czerwcu 2014 r. wykazane w raportach statystycznych, zweryfikowanych przez OW NFZ, stanowiących podstawę do wystawienia rachunku za świadczenia AOS porównano z Księgą przyjęć. Ustalono, że:

- w zakresie świadczeń z diabetologii w styczniu 2014 r. w raporcie wymieniono o jednego pacjenta mniej niż w Księdze przyjęć (wykazano 98 osób o łącznej wartości punktowej – 557 pkt, nie wykazano świadczenia o wartości 7 pkt), a w czerwcu 2014 r. o 20 pacjentów mniej niż w Księdze przyjęć (wymieniono 108 osób o łącznej wartości punktowej 638,5 pkt, nie wykazano świadczeń o wartości punktowej 122,5 pkt);
- w zakresie świadczeń z kardiologii dane za styczeń 2014 r. wykazane w raporcie i Księdze przyjęć były zgodne (po 48 pacjentów o łącznej liczbie jednostek rozliczeniowych – 277 pkt). Natomiast w czerwcu wykazano w raporcie – 101 osób (569 pkt), a w Księdze przyjęć 97 pacjentów. W raporcie za czerwiec nie wymieniono jednego pacjenta wpisanego w Księdze przyjęć w poz. 7 w dniu 18 czerwca 2014 r. o wartość i punktowej – 7 oraz wymieniono 5 pacjentów przyjętych 8 kwietnia 2014 r. o łącznej liczbie jednostek rozliczeniowych – 35 pkt.

Powyższe różnice wynikały z limitu punktowego 1/12 kontraktu rocznego w poszczególnych poradniach. Nadwykonania np. w kwietniu są rozliczane dopiero w kolejnych miesiącach (w poradni kardiologicznej). Jeśli natomiast występowały niedowykonania w miesiącach poprzednich, ewentualna nadwyżka punktowa jest rozliczana w miesiącach kolejnych.

(dowód: akta kontroli str. 140-170, 179-182, 190-193)

W latach objętych kontrolą na świadczeniodawcę nie zostały nałożone przez OW NFZ kary umowne związane z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diabetologii i kardiologii.

W latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca) OW NFZ nie przeprowadzał w Przychodni kontroli dotyczącej wykonywanych świadczeń zdrowotnych z zakresu diabetologii i kardiologii. W okresie tym Przychodnia (z zakresu poradni diabetologicznej i kardiologicznej) kontrolowana była tylko przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Do szczegółowych kompetencji Dyrektora Przychodni należy m.in. nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że nadzór merytoryczny nad poradniami sprawują lekarze specjaliści.

(dowód: akta kontroli str. 11, 13-15, 23, 171-182)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność 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 Kontroli¹⁵, wnosi o:

1. zapewnienie przestrzegania harmonogramu czasu pracy lekarzy;
2. zamieszczanie w indywidualnej dokumentacji medycznej wszystkich informacji wymaganych przepisami § 42 ust. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
3. zapewnienie prawidłowego prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej w tym list oczekujących na świadczenie);
4. zachowywanie 14 – dniowego terminu przy składaniu wniosków o wpis zmian w rejestrze.

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
Marianna Rejnuś-Salek
gł. specjalista k.p.


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor

z up.
142 Włodzimierz Zasadko
wicedyrektor

Podpis

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.