



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.027.04.2016
P/16/077

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie
ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin
T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11
llu@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/077 – Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim
Okres objęty kontrolą	Lata 2014-2016
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Katarzyna Typiak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LLU/134/2016 z dnia 30 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Surdyka Agnieszka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AS-DENT”, 20-868 Lublin, ul. Gorczańska 81 (dalej: NZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Surdyka, kierownik NZOZ (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹ pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność NZOZ w zakresie profilaktyki stomatologicznej dzieci i młodzieży w latach 2014-2016.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Świadczenia profilaktyczne stanowiły ponad 53% wartości świadczeń dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia udzielonych w gabinetach stomatologicznych funkcjonujących w ramach NZOZ. Spełnione zostały warunki realizacji tych świadczeń w zakresie kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt medyczny. Podstawą rozliczeń z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) były wykonane świadczenia, potwierdzone wpisami w indywidualnej dokumentacji pacjentów. Lekarze stomatolodzy, prowadzący profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkolnych gabinetach, współpracowali z rodzicami, pielęgniarkami i dyrektorami szkół.

Nieprawidłowości stwierdzone w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej uczniów, dotyczyły:

- braku pełnego oznaczenia podmiotu (niepodanie kodu rejestrowego) oraz pacjenta (np. niezamieszczanie danych przedstawiciela ustawowego),
- niewskazania w siedmiu kartach stomatologicznych (6,7% kontrolowanych) problemu zdrowotnego (nieoznaczenie istnienia złogów nazębnych).

Ponadto nieterminowo informowano LOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń stomatologicznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

1.1. Wartość świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, zrealizowanych w latach 2014-2015 przez NZOZ w ramach umów zawartych z LOW

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

NFZ², wyniosła ogółem 2.219,3 tys. zł i stanowiła 100,1% zakontraktowanych (2.216,5 tys. zł), z tego w I półroczu 2014 r. – 533,7 tys. zł (98,6%), w II półroczu 2014 r. – 515,8 tys. zł (100,8%), w 2015 r. – 1.169,8 tys. zł (100,5%).

W I półroczu 2016 r. wykonano świadczenia na kwotę 781 tys. zł, stanowiącą 56,1% kontraktu na 2016 r.

W strukturze udzielonych świadczeń 53,1% (1.592,5 tys. zł) stanowiły świadczenia profilaktyczne³, 46,5% (1.396,6 tys. zł) – leczenie, a 0,4% (11,2 tys. zł) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne w określonym wieku.

(dowód: akta kontroli str. 22-138)

1.2. Świadczenia stomatologiczne w ramach umowy z LOW NFZ realizowane były w 16 gabinetach zlokalizowanych na terenie placówek oświatowo-wychowawczych.

Zasady funkcjonowania NZOZ uregulowane zostały w regulaminie organizacyjnym, który zawierał elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴.

Wg stanu na 30 listopada 2016 r. wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą był aktualny i zgodny ze stanem faktycznym.

W latach 2014-2016 NZOZ nie był kontrolowany przez LOW NFZ w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 2-9, 140-158, 204)

1.3. Na podstawie badania dokumentacji i oględzin pięciu gabinetów stomatologicznych stwierdzono, że personel i wyposażenie tych gabinetów, godziny otwarcia oraz dostęp dla osób niepełnosprawnych były zgodne z umową z LOW NFZ. Spełnione zostały warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych⁵ oraz w załączniku 3b do zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁶, tj.:

- świadczenia były wykonywane przez wykwalifikowany personel,
- szkolne gabinety stomatologiczne były wyposażone w wymagany sprzęt (unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, skaler, wstrząsarka do amalgamatu oraz endometr),
- zapewniono pacjentom dostęp do badań diagnostycznych (Rtg).

Sprzęt wykorzystywany do udzielania świadczeń stomatologicznych podlegał okresowym przeglądom technicznym, był sprawny i dopuszczony do użytku.

Kontrole Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie spełniania warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których były udzielane świadczenia stomatologiczne w trzech gabinetach nie wykazały nieprawidłowości. W dwóch przypadkach wydano zalecenia dot. zapewnienia m.in. stanowiska mycia i dezynfekcji oraz okładzin

² Umowy: Nr 03-00-03359-11-02 z 31.12.2010 r., ze zm. (obowiązująca od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2014 r.) oraz Nr 03-00-03359-14-03 z 30.06.2014 r., ze zm. (obowiązująca od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2017 r.).

³ Obejmujące: badanie lekarskie, konsultacje specjalistyczne, lakierowanie zębów, zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193).

⁶ NFZ poz. 77.

ściennych. Nieprawidłowości usunięto, co zostało potwierdzone protokołami kontroli ww. Inspekcji.

(dowód: akta kontroli str. 122-130, 140-165, 205-209, 237, 279, 304)

1.4. W okresie objętym kontrolą do NFZ zgłoszono 83 przerwy w udzielaniu świadczeń, o których mowa w § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 r.⁷ i 8 września 2015 r.⁸ Wynikały one z harmonogramu roku szkolnego (wakacje, ferie, przerwy świąteczne) oraz związane były z ważnymi sprawami rodzinnymi lub uczestnictwem w kursach specjalistycznych i szkoleniach. Dziewięć zawiadomień przekazano w dniu nieświadczenia usług, pozostałe w terminie od jednego do 43 dni przed planowaną przerwą w ich wykonywaniu.

(dowód: akta kontroli str. 12, 139-140, 189-204)

1.5. Badania i zabiegi profilaktyczne oraz leczenie realizowane były po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka. Z wyjaśnień Kierownika NZOZ wynika, że plan profilaktyczno-leczniczy obejmował badanie jamy ustnej co trzy miesiące i zmniejszanie ryzyka próchnicy poprzez usuwanie złogów, porady dietetyczne, lakierowanie zębów i lakowanie bruzd zębów trzonowych. U wszystkich dzieci stosowano profesjonalną indywidualną profilaktykę fluorkową. Niezależnie od ww. zasad, przyjmowane były dzieci wymagające natychmiastowej interwencji stomatologicznej (stany zapalne, bólowe, urazy mechaniczne).

(dowód: akta kontroli str. 10-12, 216, 236, 246, 258, 269, 285, 303-305, 332-333)

1.6. W latach 2014-2016 (I półrocze) udzielono 254 profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dzieciom i młodzieży w określonym wieku, w tym 235 świadczeń zrealizowano dla pacjentów w 6, 7, 10, 13 i 16 roku życia.

Z badania dokumentacji medycznej sześciu pacjentów, którym udzielono profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w 6, 7 i 16 roku życia wynika, że świadczenia te były wykonane kompleksowo i obejmowały czynności wymienione w poz. 7, 8 i 12 załącznika nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Według wyjaśnień lekarzy stomatologów, świadczenia profilaktyczne wymienione w zał. nr 10 nie były wykonywane w większym zakresie ze względu na:

- brak możliwości łączenia tych świadczeń z innymi bardziej potrzebnymi świadczeniami z medycznego punktu widzenia (np. założenie wypełnienia);
- zbyt krótki czas na zweryfikowanie, czy dziecko w 16 roku życia, które we wrześniu trafiło do gabinetu w szkole ponadgimnazjalnej, miało wykonywane świadczenia w innym gabinecie;
- niską opłacalność procedur w stosunku do czasu ich wykonania,
- pracochłonność i nieprzydatność dla pacjenta i stomatologa wskaźników oceny wyliczanych podczas udzielania świadczeń profilaktycznych.

(dowód: akta kontroli str. 134, 236, 258, 279, 303, 332, 368-369)

1.7. Badaniem objęto dokumentację medyczną indywidualną 105 pacjentów, korzystających ze świadczeń stomatologicznych w pięciu gabinetach. Ustalono, że

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484, dalej: rozporządzenie w sprawie OWU z 2008 r. Rozporządzenie obowiązywało do 31 grudnia 2015 r.

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, dalej: rozporządzenie w sprawie OWU z 2015 r.

w dokumentacji tej:

- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zawierało dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r.⁹ oraz z 2015 r.¹⁰, z wyjątkiem wskazania kodów rejestrowych świadczeniodawcy i komórki organizacyjnej,
- oznaczenie pacjenta zawierało imię i nazwisko, PESEL, adres ucznia (na kartach prowadzonych w trzech z pięciu kontrolowanych gabinetów). Nie podawano pozostałych danych wymaganych w art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹, tj. daty urodzenia, płci, adresów przedstawicieli ustawowych. Brak było też oświadczeń przedstawicieli ustawowych pacjentów o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz uzyskiwania dokumentacji lub adnotacji o braku takiego upoważnienia.
Lekarze stomatolodzy wyjaśnili m.in., że wszystkie świadczenia przekazywane były do NFZ i osoby upoważnione powinny stamtąd uzyskiwać wszelkie informacje. Lekarze i tak mają nadmiar obowiązków i nie powinni być obarczani dodatkową pracą biurową.

Badana dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z § 4 i § 5 rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r., tj. stanowiła chronologicznie uporządkowaną całość, a wpisów w zakresie zrealizowanych świadczeń stomatologicznych dokonywano w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, z oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Dokumentacja zbiorcza prowadzona była w formie sprawozdań dziennych z realizacji świadczeń w każdym gabinecie, zawierała m.in. imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta i istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń (nr zęba, kod świadczenia, liczbę punktów).

(dowód: akta kontroli str. 205-230, 238-254, 259-275, 280-298, 305, 328)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Badana dokumentacja indywidualna nie zawierała kompletnego:

- oznaczenia podmiotu, tj. w 105 kartach stomatologicznych (100% kontrolowanej próby dokumentacji) brakowało kodu resortowego podmiotu (numeru księgi rejestrowej) i komórki organizacyjnej,
- oznaczeni
a pacjenta, tj. w 105 kartach stomatologicznych nie podano daty urodzenia, oznaczenia płci oraz adresu przedstawiciela ustawowego, a 45 kart (dokumentacja prowadzona w dwóch z pięciu kontrolowanych gabinetów) nie zawierało adresu pacjenta.

Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 lit.b i lit.e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r., dokumentacja medyczna zawiera kod identyfikacyjny, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kod resortowy komórki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych).

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.), dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm. (dalej: ustawa o prawach pacjenta).

Wg § 10 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzeń w związku z art. 25 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, dokumentacja medyczna zawiera co najmniej oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Lekarze stomatolodzy wyjaśnili, że nie byli świadomi istnienia wymogu zamieszczania kodów resortowych na dokumentacji indywidualnej. Data urodzenia i płeć pacjenta zawarte są natomiast w peselach pacjentów. Poza tym w obecnych czasach zaznaczając płeć można pacjenta urazić, zwłaszcza w szkole średniej, gdzie spora grupa dzieci utożsamia się z płcią odmienną od ich biologicznej. Adresy uczniów znajdują się w dziennikach klasowych, a do identyfikacji i znalezienia ucznia bardziej potrzebna jest informacja, w której klasie on się uczy. Lekarze posiadają zgody przedstawicieli ustawowych, w razie potrzeby mają w każdej chwili dostęp do wszystkich niezbędnych informacji. Obecne ustawy nie uwzględniają specyfiki pracy w szkole.

(dowód: akta kontroli str. 210-333)

2. Zawiadomienia o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń, wynikających z harmonogramu roku szkolnego (wakacje, ferie, przerwy świąteczne), przekazano do LOW NFZ w terminie od pięciu do 26 dni przed przerwą, tj. w dniach: 15.01.2014 r. (przerwa w okresie 20-31.01.2014 r.), 8.04.2014 r. (17-22.04.2014 r.), 5.12.2014 r. (20.12.2014 r. – 5.01.2015 r.), 23.01.2015 r. (2-13.02.2015 r.), 13.03.2015 r. (1-7.04.2015 r.), 10.06.2015 r. (29.06-30.08.2015 r.), 8.12.2015 r. (21-31.12.2015 r.), 27.01.2016 r. (15-26.02.2016 r.), 1.06.2016 r. (27.06-30.08.2016 r.).

Według § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r., świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania.

Kierownik NZOZ wyjaśniła, że starała się zachować termin dwutygodniowy w zgłaszaniu przerw w udzielaniu świadczeń, gdyż posiadała informację, że urzędy obowiązują dwutygodniowy termin odpowiedzi na pisma. Brak odpowiedzi oznaczał zaaprobowanie próśby.

(dowód: akta kontroli str. 189-204)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na konieczność zamieszczania lub dołączania do dokumentacji medycznej oświadczeń przedstawiciela ustawowego pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania: informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dokumentacji, a w przypadku braku złożenia ww. oświadczeń zamieszczenia o tym adnotacji w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, stosownie do § 8 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹² działalność NZOZ w kontrolowanym obszarze.

¹² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny częściowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

2. Wykorzystanie środków publicznych na opiekę stomatologiczną dzieci i młodzieży

2.1. Wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2014-2015 w pięciu objętych kontrolą gabinetach wyniosła 783,7 tys. zł, a w I półroczu 2016 r. 264,3 tys. zł i stanowiła odpowiednio: 100,4% i 56,9% zakontraktowanej.

W strukturze zrealizowanych świadczeń, 54% (565,9 tys. zł) stanowiły świadczenia profilaktyczne, 45,5% (476,6 tys. zł) – leczenie, 0,5% (5,5 tys. zł) – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne w określonym wieku.

Wykonane świadczenia były ewidencjonowane w systemie komputerowym, służącym do rejestracji zrealizowanych usług i rozliczenia z NFZ. Badanie 1.909 wpisów (dotyczących 105 pacjentów) wykazało, że odnosiły się one do świadczeń, których realizację potwierdzono zapisami w indywidualnej dokumentacji medycznej, z wyjątkiem dwóch przypadków dotyczących rozliczenia badania lekarskiego stomatologicznego i kontrolnego (oznaczanych kodami 23.0101 i 23.0102). W rozliczeniach do NFZ podano kod 23.0101 na oznaczenie badania lekarskiego stomatologicznego, obejmującego również instruktaż, natomiast wg zapisów w kartach przeprowadzono badanie o kodzie 23.0102, tj. badanie lekarskie kontrolne. Według wyjaśnień lekarza stomatologa, w przypadku jednego pacjenta przeprowadzono badanie z instruktażem i pomyłkowo wpisano do karty kod 23.0102, w drugim przypadku przeprowadzono badanie jamy ustnej kontrolne, ale przy podawaniu procedury do NFZ okazało się, że został wykorzystany limit na tę procedurę i został podany kod 23.0101, który jest punktowany tak samo.

Dokumentacja indywidualna zawierała oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz datę dokonania wpisu, tj. dane wskazane w § 10 ust. 1 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r. Z analizy zapisów wynika, że profilaktyka stomatologiczna była wykonywana według przyjętych przez świadczeniodawcę zasad, tj. najczęściej trzy razy w roku przeprowadzano badanie stomatologiczne i lakierowanie zębów. Świadczenia te były wykonywane zazwyczaj tego samego dnia. W przypadku, gdy w trakcie badania stwierdzono problemy zdrowotne (np. złogi zębowe kwalifikujące się do usunięcia) lakierowanie wykonywano po wyeliminowaniu tych problemów.

Ponad 99% objętych analizą zapisów w kartach stomatologicznych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 lit.a i lit.b rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r., zawierało kompletny opis udzielonych świadczeń i problemów zdrowotnych. Badania lekarskie stomatologiczne (obejmujące instruktaż jamy ustnej) i kontrolne dokumentowano poprzez zamieszczenie opisu i kodu udzielonego świadczenia (23.0101 lub 23.0102). W trzech z pięciu kontrolowanych gabinetów wpisywano też informację o udzieleniu instruktażu higieny jamy ustnej. Lekarze stomatolodzy wyjaśnili, że instruktaż higieny jamy ustnej u młodzieży przeprowadzany jest nie tylko w czasie badania przy procedurze 23.0101, ale przy każdym badaniu jamy ustnej, kiedy jest potrzeba, jak również przy każdym pobycie pacjenta w gabinecie stomatologicznym przy wykonywaniu innych procedur.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej (chronologia zapisów udzielonych świadczeń, dokumentowanie na diagramie wyników przeprowadzonego badania, oznaczanie przy każdym wpisie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych) wskazuje na rzetelność jej prowadzenia i potwierdza wykonanie świadczeń w zakresie profilaktyki.

Stosownie do § 74 rozporządzenia z 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, dokumentacja medyczna była przechowywana w zamkniętych szafkach, uniemożliwiających dostęp osobom nieupoważnionym.

(dowód: akta kontroli str. 136-138, 205-333, 371-373)

2.2. W latach 2014-2016 NZOZ otrzymał z Urzędu Miasta Lublin środki finansowe na realizację programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów uczęszczających do placówek oświatowo-wychowawczych: w 2014 r. – 6,7 tys. zł, w 2015 r. – 5,8 tys. zł i w 2016 r. – 7,5 tys. zł, które w całości wykorzystano. Lekarze stomatolodzy pracujący w pozostałych kontrolowanych gabinetach, na podstawie indywidualnych umów zawartych z Miastem Lublin, otrzymali środki finansowe na realizację ww. programu w kwocie ogółem odpowiednio: 26,8 tys. zł, 25,2 tys. zł i 28,9 tys. zł, z których wykorzystano: 26,8 tys. zł, 25,1 tys. zł i 28,9 tys. zł. Środki przeznaczono głównie na badania kontrolne jamy ustnej, świadczenia profilaktyczne (lakierowanie i lakowanie zębów) oraz leczenie próchnicy.

W szkołach ponadgimnazjalnych świadczenia w ramach umów z Miastem Lublin udzielane były młodzieży po 18 roku życia, natomiast w gimnazjum i szkole podstawowej – uczniom, których opiekunowie prawni wyrazili zgodę na ich wykonywanie. Realizację świadczeń dokumentowano poprzez wpisy w dokumentacji medycznej (kartach stomatologicznych). Analiza wpisów wykazała, że świadczenia udzielane były w innych terminach niż świadczenia w ramach NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 141-142, 166-188, 202-204, 236, 258, 279, 303-304, 333)

2.3. W kontrolowanych gabinetach udzielono świadczeń dla 2.615 pacjentów w 2014 r., 2.667 w 2015 r. i 1.951 w I półroczu 2016 r. Pacjenci stanowili ok. 80% uczniów szkół¹³. Nieobjęcie pozostałych uczniów opieką – wg wyjaśnienia Kierownika NZOZ – wynikało z braku zgody prawnych opiekunów na wykonywanie świadczeń.

Wartość kontraktu przypadająca na jednego ucznia wynosiła w szkole podstawowej średnio 120,41 zł, a w gimnazjum – 149,91 zł.

Kierownik NZOZ wyjaśniła, że nie można świadczeń medycznych dzielić dla każdego po równo, gdyż każdy pacjent jest inny i ma inne potrzeby. Pod koniec roku ze względu na różnice w ilości uczniów w szkołach zawsze dokonywane są przesunięcia punktów ze szkół o mniejszej ilości uczniów do szkół o większej liczbie uczniów lub większych potrzebach leczniczych, tak aby każdemu pacjentowi zapewnić maksimum profilaktyki i leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 132-133, 202-204, 334, 337-357)

2.4. Z badania dokumentacji medycznej 105 uczniów wynika, że:

- oceny stanu uzębienia pacjentów dokonywano w trakcie badań kontrolnych jamy ustnej, wyniki tej oceny prezentowano na diagramie zębowym,
- sześciu pacjentom udzielono profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, w trakcie których dokonano oceny stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw/PUW¹⁴.

Kierownik NZOZ wyjaśniła m.in., że systematyczne badania dzieci, których rodzice wyrazili zgodę na objęcie planową opieką, profilaktykę i leczenie zębów powodują, że próchnica wykrywana jest we wczesnych stadiach, a leczenie endodontyczne

¹³ Wyliczenia wskaźnika uczniów korzystających ze świadczeń dokonano dla szkoły podstawowej i gimnazjum.

¹⁴ Wskaźnik intensywności próchnicy dla zębów stałych i mlecznych PUW/puw (suma zębów z próchnicą - P, usuniętych z powodu próchnicy - U, wypełnionych z powodu próchnicy - W).

jest sporadyczne. Obserwowane jest wyraźne przesunięcie pracy stomatologa w kierunku leczenia nieinwazyjnego i minimalnie inwazyjnego. Ciągły i częsty kontakt z lekarzem dentystą, a także obecność gabinetu stomatologicznego na terenie szkoły powodują oswojenie młodych pacjentów z wizerunkiem tej specjalności, która kojarzona bywa w społeczeństwie z bólem i strachem. Częste badania jamy ustnej oraz instruktaże utrwalają u młodych pacjentów nawyki dbania o odpowiednią higienę jamy ustnej. Stan uzębienia dzieci uczęszczających do gabinetów szkolnych jest znacząco lepszy niż w przypadku dzieci, które nie korzystają z tego typu udogodnienia, różnica w intensywności próchnicy jest szczególnie zauważana w szkołach ponadgimnazjalnych. Potwierdzeniem polepszania się stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i korzystnych skutków prowadzenia działalności leczniczej na terenie szkół są dane zawarte w raportach przekazywanych do NFZ, w których przeważają świadczenia z zakresu profilaktyki, a nie leczenia. Analizy tego rodzaju mają także miejsce podczas regularnych spotkań stomatologów prowadzących praktyki lekarskie w szkołach.

Kierownik NZOZ wskazała n.w. czynniki utrudniające pracę w szkolnych gabinetach:

- niewyodrębnienie kontraktów wyłącznie dla gabinetów szkolnych, które mają wyraźną specyfikę, związaną z miejscem prowadzenia działalności, charakterem i rodzajem udzielanych świadczeń. Zasady konkursów ogłaszanych przez NFZ są nieadekwatne do faktycznych potrzeb gabinetów szkolnych, np. punktowanie posiadania aparatów RTG, których wykorzystanie w szkołach jest znikome, wymóg pracy w sobotę czy w godzinach popołudniowych, kiedy uczniowie nie przebywają na terenie szkoły;
- jednolita wycena punktów za świadczenia dla osób dorosłych i dzieci, nieadekwatna do stopnia trudności i ilości czasu, jaki należy poświęcić lecząc dzieci;
- nieobjęcie świadczeniami młodzieży uczącej się, która skończyła 18 rok życia;
- nieumożliwienie stosowania nowoczesnych i bardziej estetycznych wypełnień kompozytowych do wszystkich zębów. Średni koszt odbudowy ubytku z użyciem światłoutwardzalnego materiału kompozytowego do wypełnienia ubytków, zgodnie ze stawkami stosowanymi przez NFZ, wynosi 45,75 zł. Kwota ta jest taka sama, jak w przypadku wypełnień amalgamatowych, refundowanych w zębach tylnych;
- nieodpowiedzialność rodziców. Rodzice, którzy nie wyrażają zgody na leczenie po otrzymaniu odpowiedniej informacji od lekarza dentystry i nie podejmują leczenia w innym gabinecie (prywatnym), powinni być pociągani do odpowiedzialności za zaniedbanie w wychowaniu dzieci. W tym przypadku lekarze dentyści pracujący w szkolnych gabinetach stomatologicznych są bezradni.

(dowód: akta kontroli str. 13-15, 210-333, 336-337)

2.5. Lekarze stomatolodzy realizujący świadczenia w szkolnych gabinetach stomatologicznych, zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą¹⁵, współpracowali z pielęgniarkami szkolnymi, rodzicami i dyrektorami szkół.

NZOZ uzyskał zgodę dyrektorów szkół m.in. na:

- wynajem gabinetu stomatologicznego na terenie szkoły w celu udzielania świadczeń zdrowotnych dla wszystkich uczniów;

¹⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz.1133.

- realizację programu profilaktyki finansowanego ze środków budżetu Miasta Lublin.

Z informacji przekazanych przez dyrektorów pięciu szkół wynika, że współpraca ze stomatologami przejawiała się m.in. w konsultowaniu godzin otwarcia gabinetu stomatologicznego i dostosowania ich do przebywania uczniów w szkole. Korzyści z funkcjonowania gabinetów na terenie szkół polegają na łatwej i ciągłej dostępności do usług stomatologicznych (5 dni w tygodniu), ułatwieniu dla rodziców nie zawsze znajdujących czas na profesjonalną profilaktykę i leczenie, pomocy i doraźnej opiece w nagłych przypadkach, zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa uczniów ze względu na stałą obecność w szkole lekarza. Zdaniem dyrektorów, gabinety są niezbędne i spełniają swoje zadanie. Leczenie stomatologiczne w szkole jest skuteczne, gdyż stała opieka stomatologiczna zmniejsza, a często eliminuje problemy zdrowotne dotyczące zębów. Nie wpłynęły skargi na pracę stomatologów.

Z informacji uzyskanych od pielęgniarek szkolnych¹⁶ wynika, że współpraca z lekarzem stomatologiem dotyczyła analizy stanu zdrowia dzieci, fluorkowej profilaktyki zębów, edukacji w zakresie higieny jamy ustnej, zapobiegania próchnicy zębów. Kierownik NZOZ wyjaśniła, że współpraca ta realizowana była w szczególności w przypadku chorób ogólnoustrojowych, obciążających pacjentów oraz podejrzeń innych chorób (np. anoreksji). W przypadku urazów w obrębie głowy i szyi dzieci najpierw trafiają do gabinetu pielęgniarki, a następnie do stomatologa (np. w jednej ze szkół podstawowych dziecko doznało urazu, pielęgniarka udzieliła pierwszej pomocy, a stomatolog dokonał reimplantacji wybitego zęba). Bieżącej współpracy służy bliskie sąsiedztwo gabinetów. Niepokojące informacje o stanie zdrowia dziecka były przekazywane opiekunom prawnym z prośbą o wizytę u lekarza POZ.

Współpraca stomatologów z rodzicami polegała m.in. na przekazywaniu na początku roku szkolnego formularza zgody na objęcie dziecka planowaną opieką stomatologiczną, a po wykonanym przeglądzie – informacji o stanie uzębienia dziecka oraz przekazywaniu pisemnych informacji o stwierdzeniu nieprawidłowości, w tym zębów wymagających leczenia, aby rodzic mógł każdorazowo podjąć decyzję co do miejsca leczenia. Po każdym wykonanym zabiegu lekarz informował pacjenta, aby przekazał rodzicom, że ząb został wyleczony. Kierownik NZOZ wyjaśniła, że nie wydawano pisemnych informacji w tym zakresie, gdyż uczniowie szkół ponadgimnazjalnych to już współdecydujące świadome osoby, zaś w przypadku uczniów szkół podstawowych rodzice często byli obecni podczas zabiegów. W ramach opieki profilaktycznej bardzo często przekazywano pisemne zalecenia, np. dotyczące stosowania nici dentystycznych z fluorem w przypadku stłoczeń, odpowiednich preparatów – gdy zaobserwowano szkliwo plamkowe lub po leczeniu ortodontycznym. Adnotacje o przekazaniu informacji rodzicom zamieszczano w kartach stomatologicznych. Wychowawcy poszczególnych klas informowali rodziców o możliwości i sposobie kontaktu z lekarzem dentystą, ale kontakty te miały jednostkowy charakter.

Z informacji uzyskanych od przewodniczących rady rodziców w pięciu szkołach wynika, że nie zgłaszano zastrzeżeń i wniosków dotyczących funkcjonowania gabinetów w szkołach. Uczniowie i rodzice są zadowoleni z łatwego dostępu do świadczeń stomatologicznych. Dzięki istnieniu gabinetu w szkole dzieci mają możliwość korzystania z systematycznych badań jamy ustnej, zabiegów

¹⁶ Z trzech szkół.

profilaktycznych zmniejszających intensywność próchnicy, leczenia zębów oraz indywidualnego dostępu do edukacji w zakresie poprawnej higieny jamy ustnej i prawidłowych nawyków żywieniowych. Częste wizyty uczniów w szkolnym gabinecie stomatologicznym zmniejszają stres związany z wizytą u dentysty, wyrabiają właściwe nawyki poddawania się systematycznym kontrolom stanu uzębienia.

(dowód: akta kontroli str. 10-21, 140-141, 152-158, 334-336, 343-367, 376-380)

2.6. Kierownik NZOZ wyjaśniła, że optymalna wartość jednostki rozliczeniowej dla świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, uwzględniająca wszystkie koszty realizacji świadczeń ponoszone w gabinecie stomatologicznym oraz nakład pracy lekarza stomatologa i pomocy stomatologicznej, to 2 zł za punkt rozliczeniowy.

(dowód: akta kontroli str. 336-337)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W siedmiu przypadkach¹⁷ (229,36 zł) dokumentacja indywidualna nie zawierała informacji na temat problemu zdrowotnego (informacji o istnieniu złogów nazębnych), co było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 5 lit.b rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r. W dokumentacji odnotowano tylko opis udzielonych świadczeń (tj. usunięcie złogów nazębnych).

Lekarze stomatolodzy wyjaśnili, że usuwanie złogów nazębnych jest równoznaczne z ich obecnością. Procedura usunięcia złogów nie zawiera informacji odnośnie wymogu robienia diagramu.

(dowód: akta kontroli str. 210-237, 280-304)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym 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 Kontroli¹⁸, wnosi o:

1. Stosowanie w indywidualnej dokumentacji medycznej kompletnych, wymaganych oznaczeń świadczeniodawcy i pacjenta.
2. Zamieszczanie w dokumentacji medycznej informacji o problemie zdrowotnym w przypadku rozliczenia procedury usuwania złogów nazębnych.
3. Terminowe informowanie LOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

¹⁷ Dot. 16 zapisów ujętych w rozliczeniach z LOW NFZ.

¹⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi
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 uwagi 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.

Lublin, dnia 23 lutego 2017 r.

Kontroler
Katarzyna Typiak
Doradca ekonomiczny

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
podpis