



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-022-06/2014
P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie
ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów
T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06
lrz@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 Rzeszowie.
Kontroler	Wojciech Ostrowski, Specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91550 z dnia 3 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Prywatny Specjalistyczny Gabinet Lekarski Internistyczno-Diabetologiczny Z. Miszczyszyn w Przemyślu (Świadczeniodawca). 37-700 Przemyśl, ul. 3 Maja 18.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Lek. med. Zofia Miszczyszyn. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie, realizowaną w latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca 2014 r.).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę wzięto pod uwagę:

- zgodność zasobów Świadczeniodawcy (dostępność i kwalifikacje personelu, a także zaopatrzenie w sprzęt), z postanowieniami umowy z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*² (rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych),
- zapewnienie realizacji świadczeń zgodnie z harmonogramem określonym w umowie z NFZ,
- rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej (zbiorczej, indywidualnej oraz list osób oczekujących na świadczenie),
- prawidłowość rozliczania umów z NFZ.

Uwagi Najwyższej Izby Kontroli dotyczyły niezapewnienia pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, do czego Świadczeniodawca zobowiązany był postanowieniami art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*³ (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej).

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

² Dz. U. z 2013 r. poz. 1413

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja Świadczeniodawcy.

Opis stanu
faktycznego

Świadczeniodawca od 22 listopada 2004 r. prowadził działalność na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta Przemyśla. Lek. Zofia Miszczyszyn posiadała prawo wykonywania zawodu lekarza Nr 4478777, zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej Nr 99-1-4478777 w specjalności diabetologia i zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr 57-99-003689L wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie w dniu 29 maja 2002 r.

Na podstawie umowy z NFZ Świadczeniodawca prowadził ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w zakresie diabetologii (kod 02.1020.001.02-1).

Świadczeniodawca nie legitymował się akredytacją, ani certyfikatem jakości.

(dowód: akta kontroli str. 5-10, 15-19)

Regulamin organizacyjny świadczeniodawcy zawierał postanowienia wymienione w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁴.

Regulamin ten był aktualny i dostępny w gabinecie do wglądu dla świadczeniobiorców. W regulaminie opisano m.in. szczegółowo tryb udzielania świadczeń i zasady przyjmowania pacjentów, zadania pielęgniarki, sposoby rejestracji i niezbędne w tym celu dokumenty, wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej oraz wysokość stawek za świadczenia udzielane odpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 11-14, 58-59)

W okresie objętym kontrolą harmonogram pracy Świadczeniodawcy (określony w umowie z NFZ) nie ulegał zmianom (czas pracy od poniedziałku do czwartku w godzinach 7.30 – 12.30, w piątki od 7.30. do 11.30. oraz we wtorki od 14.00 do 18.00 i w pierwsze soboty miesiąca od 8.00 do 11.00). Na podstawie analizy zapisów księgi przyjęć ustalono, iż Świadczeniodawca pracował zgodnie z tym harmonogramem. Świadczeniodawca zapewniał ciągłość udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 15-57)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu
faktycznego

W toku oględzin ustalono, iż gabinet Świadczeniodawcy (wraz z dwoma innymi) zlokalizowany był na parterze prywatnego budynku przy ulicy 3 Maja 18 w Przemyślu. Do dyspozycji pacjentów była poczekalnia (w korytarzu wspólnym dla gabinetów) oraz toaleta. Świadczeniodawca wykorzystywał jako magazyn podręczny zamknięte pomieszczenie dostępne ze wspólnego korytarza.

⁴ Dz.U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.

Powierzchnia gabinetu wynosiła ok. 12 m. kw., a jego wyposażenie to umywalka, kozetka, 2 biurka, szafy, krzesła.

Gabinet posiadał pozytywną opinię Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Przemyślu (z 10.05.2002 r.) w sprawie przydatności pomieszczenia do prowadzenia indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej o specjalności diabetologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 58-61)

Świadczeniodawca spełnił wymogi informacyjne określone § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁵.

(dowód: akta kontroli str. 58-59)

Świadczeniodawca posiadał na wyposażeniu sprzęt i aparaturę medyczną wyszczególnioną:

- w Załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dla porady specjalistycznej – diabetologia.
- w załączniku „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ (oftalmoskop, stetoskop lekarski, zestaw do badań antropometrycznych, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, komputer, oprogramowanie do archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym).

Aparatura posiadała stosowne certyfikaty i świadectwa dopuszczenia do użytkowania.

Wymagany przepisami powołanego wyżej rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz USG z opcją Dopplera realizowany był przez podwykonawców wymienionych w umowie z NFZ (zał. Nr 2 podwykonawcy).

(dowód: akta kontroli str. 58-59)

Zgodnie z postanowieniami umowy z NFZ w skład personelu świadczeniodawcy wchodził lekarz (posiadający specjalizację II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych i specjalizację w zakresie diabetologii) oraz pielęgniarka (zatrudniona na podstawie umowy o pracę i legitymująca się zaświadczeniem o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki). Personel spełniał wymogi określone w Załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dla porady specjalistycznej – diabetologia.

Wymiar zatrudnienia lekarza w przeliczeniu na etaty wynosił 0,75.

(dowód: akta kontroli str. 5-9, 20, 62-64)

W okresie objętym kontrolą, Świadczeniodawca dokonał obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, stosownie do postanowień rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁶.

(dowód: akta kontroli str. 65-74)

Ustalone
nieprawidłowości

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

⁵ Dz.U. Nr 81 poz. 484

⁶ Dz.U. Nr 293 poz. 1729

Ocena częściowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ i AOS.

Opis stanu faktycznego

Na podstawie oględzin indywidualnej dokumentacji medycznej (pkt 4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) ustalono, iż każdorazowo w historii zdrowia i choroby pacjenta odnotowane były informacje o sprawującym opiekę lekarzu POZ. Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła, iż „pacjent na pierwszej wizycie otrzymuje informację i zalecenia dla lekarza POZ (druk NFZ-5a), kolejne informacje otrzymuje raz w roku, zgodnie z zaleceniami NFZ, lub w momencie zmiany leczenia. Podobną informację otrzymuje pacjent, który nie wymaga leczenia z zaleceniami, które nie zawsze są respektowane przez lekarza, głównie w zakresie wykonywania badań diagnostycznych.”

(dowód: akta kontroli str. 75, 80-81)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

Opis stanu faktycznego

Świadczeniodawca prowadzi dokumentację medyczną zarówno w wersji pisemnej, jak i elektronicznej, wykorzystując system informatyczny KS-GABINET firmy KAMSOFT Sp. z o.o. (40-235 Katowice, ul. 1-Maja 133), umożliwiający tworzenie m.in. zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej, wystawianie recept, sporządzanie zestawień statystycznych i raportów, obsługę umów z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 76-77)

W kontroli przeprowadzono oględziny wpisów (łącznie 587) w księdze przyjęć Świadczeniodawcy (w wersji elektronicznej) dokonanych w miesiącach styczniu i czerwcu 2014 r. Ustalono, iż badana dokumentacja zawiera wszystkie dane określone w § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷.

Porównanie zapisów wersji elektronicznej i pisemnej (w zakresie ilości odnotowanych pacjentów) nie wykazało różnic. Ponadto w toku oględzin formy pisemnej księgi przyjęć nie stwierdzono zapisów nieczytelnych.

(dowód: akta kontroli str. 78-79)

Badaniem objęto karty historii zdrowia i choroby 10 wybranych pacjentów w wieku 35-65 lat, z 92 przyjętych w miesiącu czerwcu 2014 r. (11%) i ustalono, co następuje:

- a) badana populacja obejmowała pięciu mężczyzn (50%) i pięć kobiet (50%),
- b) w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. – badanym pacjentom udzielono łącznie 73 porady, w toku których, zgodnie z zapisami w kartach:

⁷ Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.

- podczas każdej wizyty każdemu pacjentowi (100%) wykonano pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz pomiar poziomu cukru we krwi,
 - w czasie 14 porad (19%) dotyczących ośmiu pacjentów, podczas wizyty analizowano wyniki zleconych wcześniej badań poziomu hemoglobiny glikowanej (z dwóch pozostałych pacjentów – jeden zleconych badań nie wykonał, natomiast drugi odnotowany został w gabinecie po raz pierwszy),
 - żadna z analizowanych wizyt nie dotyczyła wyłącznie powtórzenia leków, bądź wpisania wyników badań diagnostycznych,
 - ponadto we wszystkich kartach (100%) odnotowano wywiad w zakresie przebytych poważnych chorób, informacje o chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach operacyjnych, wzmiankę o szczepieniach ochronnych lub o podanych surowicach, informacje o uczuleniach (lub ich niewystępowaniu), wywiad rodzinny o obciążeniach dziedzicznych, informacje o stanie uzębienia oraz wzroście i masie ciała, a w sześciu kartach (60%) opis wyniku badania dna oka.
- c) w odniesieniu do porad udzielonych w czerwcu 2014 r., w badanych kartach odnotowano:
- we wszystkich przypadkach (100%) - przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego,
 - w sześciu przypadkach (60%) - informacje o zleconych badaniach diagnostycznych,
 - we wszystkich przypadkach (100%) - informacje o zleconych lekach,
 - we wszystkich przypadkach (100%) – rozpoznanie,
 - w siedmiu przypadkach (70%) - opis wyników badań diagnostycznych zleconych wcześniej.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

5. Dostępność badań diagnostycznych.

Opis stanu
faktycznego

Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła, iż badania diagnostyczne (laboratoryjne) zlecane były pacjentom zgodnie z wytycznymi dla poradni diabetologicznych (opracowywanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne), a także wynikały ze stanu zdrowia i potrzeb pacjenta. Nie określono limitów na koszty takich badań. Wyjaśniająca podała także, że na ilość zlecanych badań wpływa fakt, iż „pacjenci do poradni cukrzycowej nie przynoszą podstawowych badań od lekarzy kierujących.”

W poszczególnych latach objętych kontrolą liczba udzielonych porad ogółem, liczba zleconych badań diagnostycznych oraz ich koszt poniesiony przez świadczeniodawcę kształtowały się następująco:

- 2012 r. – 4.195 porad, 2.180 badań diagnostycznych (podczas 52% zlecono badania), koszt – 27.597 zł,
- 2013 r. – 4.423 porady, 3.148 badań diagnostycznych (71% porad ze zleceniem badań), koszt – 43.147 zł
- 2014 r. (do 30.06) – 2.228 porad, 1.737 badań diagnostycznych (78% porad ze zleceniem badań), koszt – 20.630 zł.

(dowód: akta kontroli str. 82-84)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

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

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

Dokumentacja medyczna (zbiorcza i indywidualna) Świadczeniodawcy prowadzona w formie pisemnej przechowywana była w metalowych segregatorach zamykanych na klucz (segregator z dokumentacją bieżącą – w gabinecie, segregator z dokumentacją archiwalną w zamykanym pomieszczeniu służącym jako magazyn podręczny), natomiast dokumentacja w wersji elektronicznej – na zabezpieczonym hasłem serwerze w gabinecie.

Informacje o możliwości udostępnienia świadczeniobiorcom dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu, zestawienia lub kopii dokumentacji zawarte były w regulaminie organizacyjnym Świadczeniodawcy (dostępnym w gabinecie) oraz umieszczone na tablicy ogłoszeń w poczekalni dla pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 58-59, 78-81)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

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

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

Opis stanu
faktycznego

Świadczeniodawca umożliwiał pacjentom zapisanie się na listę oczekujących na świadczenie każdego dnia pracy jednostki zarówno osobiście, jak i telefonicznie. Informacja o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących umieszczona była na tablicy ogłoszeń w poczekalni. Przy wpisywaniu na listę oczekujących pierwszeństwo miały kobiety z cukrzycą ciążową, osoby z wykrytą cukrzycą z poziomem cukru powyżej 250, z cukrzycą typu 1 i po hospitalizacji.

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie listy była pani Zofia Mischyszyn.

(dowód: akta kontroli str. 11-14, 58-59, 85)

Badaniem objęto 52 wpisy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonane przez Świadczeniodawcę w styczniu i czerwcu 2014 r. i ustalono, że:

- lista oczekujących prowadzona była w formie elektronicznej i generowana z systemu informatycznego KS-GABINET,
- wszystkie wpisy zawierały informacje wymagane postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, takie jak: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, adres świadczeniobiorcy, termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. W odniesieniu do pozostałych wymienionych w cyt. przepisie informacji:
 - numer telefonu świadczeniobiorcy odnotowano w 13 przypadkach,
 - żaden wpis nie zawierał rozpoznania/powodu przyjęcia.

- Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła, iż rozpoznania nie były odnotowywane, gdyż w poradni dotyczyły one jednej kategorii chorobowej.
- każdorazowo kwalifikowano świadczeniobiorcę do kategorii: „przypadek stabilny” bądź „przypadek pilny”.

(dowód: akta kontroli str. 86-87)

Analiza raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia za miesiące styczeń – czerwiec 2014 r. wykazała, iż Świadczeniodawca sporządzał je prawidłowo, tj. zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸. Liczba oczekujących podawana była w nich według stanu na ostatni dzień miesiąca i była zgodna ze stanem faktycznym. Średni rzeczywisty czas oczekiwania przeliczany był według wzoru określonego w załączniku Nr 7 do cyt. rozporządzenia i wynosił dla badanych miesięcy kolejno dni: 12, 13, 13, 14, 14, 14. Raporty te generowane były automatycznie przez program informatyczny i przekazywane w formie elektronicznej do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 88-91)

Świadczeniodawca nie wprowadził systemu przypominania świadczeniobiorcom o zbliżającym się terminie wizyty. Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła, iż powiadamianie takie np. za pomocą SMS jest możliwe, jednakże generuje dodatkowe koszty.

W odniesieniu do zapisywania świadczeniobiorców na zwolnione terminy wizyt wyjaśniająca podała, że możliwość wykorzystania takiego terminu jest w sposób istotny ograniczona, gdyż jedynie 10%-15% świadczeniobiorców informuje z wyprzedzeniem o swojej nieobecności.

W I półroczu 2014 r. ogółem 411 pacjentów zapisanych na wizyty nie zgłosiło się w ustalonym terminie, z tego 70 pacjentów (17%) wcześniej poinformowało Świadczeniodawcę o swojej nieobecności.

(dowód: akta kontroli str. 85, 92)

Osoby uprawnione, wymienione w art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, miały zagwarantowane udzielenie porady poza kolejnością w dniu zgłoszenia, a informacja o tym umieszczona była na tablicy ogłoszeń w poczekalni dla pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 11-14, 58-59)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Świadczeniodawca nie umożliwiał pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, do czego był zobowiązany postanowieniami art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła:

„Oprogramowanie, które posiadam ma możliwość włączenia modułu rejestracji elektronicznej przez Internet, jednakże ze względu na charakter poradni

⁸ Dz.U. z 2013 r. poz. 1447

i konieczność dobierania terminu do stanu zdrowia pacjenta, nie został wprowadzony”.

(dowód: akta kontroli str. 85)

Ocena cząstkowa

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

8. Rozliczanie umów o świadczenia AOS.

Opis stanu
faktycznego

Świadczenia w zakresie diabetologii realizowane były przez kontrolowany podmiot na podstawie umowy Nr 0915001702201101 zawartej na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. i zmienianej kolejnymi aneksami, w których ustalono:

- w aneksie z dnia 30 grudnia 2011 r. – wartość umowy na rok 2012 w wysokości 169.719,50 zł (19.967 punktów rozliczeniowych),
- w aneksie z dnia 31 grudnia 2012 r. – wartość umowy na rok 2013 w wysokości 194.335,50 zł (22.863 punkty rozliczeniowe),
- w aneksie z dnia 9 sierpnia 2013 r. – wartość umowy na rok 2013 – 201.960 zł (23.760 punktów rozliczeniowych),
- w aneksie z dnia 2 stycznia 2014 r. – okres obowiązywania umowy od 01.01.2011 r. do 31.12.2014 r. i jej wartość w roku 2014 na 214.047 zł (25.182 punkty rozliczeniowe),
- w aneksie z dnia 29 stycznia 2014 r. – wartość umowy w roku 2013 – 216.741,50 zł (25.499 punktów rozliczeniowych),
- w aneksie z dnia 29 września 2014 r. – okres obowiązywania umowy – od 01.01.2011 r. do 30.06.2016 r.,
- w aneksie z dnia 10 listopada 2014 r. – wartość umowy w roku 2014 – 223.150,50 zł (26.253 punkty rozliczeniowe).

(dowód: akta kontroli str. 15-56)

Wykonanie umowy w kolejnych latach przedstawiało się następująco:

- w roku 2012 udzielono 4.195 porad (21.619,5 punktów rozliczeniowych) o wartości 183.765,75 zł,
- w roku 2013 udzielono 4.423 porad (25.522 punktów rozliczeniowych), o wartości 216.937 zł,
- w roku 2014 (do 1 grudnia) udzielono 4.227 porad (23.998,5 punktów rozliczeniowych) o wartości 203.987,25 zł.

W roku 2012 wartość wykonanych świadczeń była o 14.046,25 zł (1.652,5 punktów rozliczeniowych) wyższa od umownej. W dniu 14 lutego 2013 r. Świadczeniodawca zawarł z NFZ ugodę, na mocy której uzyskał dodatkowe wynagrodzenie za rok 2012 w kwocie 8.177 zł (962 punkty rozliczeniowe o wartości jak w umowie). Pozostałe kwoty nadwykonania – 5.869,25 zł, Świadczeniodawca nie dochodził.

W roku 2013 wartość wykonanych świadczeń była o 195,50 zł (23 punkty rozliczeniowe) wyższa od ostatecznie określonej w umowie. Również tej kwoty Świadczeniodawca nie dochodził.

Wykonanie umowy w roku 2014, według stanu na dzień 1 grudnia, było o 1.321,75 zł (155,5 punktów rozliczeniowych) niższe od zakładanego w harmonogramie rzeczowo-finansowym (po uwzględnieniu zmian wartości umowy wynikających z aneksu z 10.11.2014 r.).

Łącznie w roku 2012 i 2013 z tytułu świadczeń udzielonych powyżej wartości określonych w umowach Świadczeniodawca nie otrzymał wynagrodzenia w kwocie 6.064,75 zł.

(dowód: akta kontroli str. 93-139)

Pani Zofia Miszczyszyn wyjaśniła, iż kwoty nadwykonania za rok 2012 nie dochodziła z uwagi na zawarcie ugody, natomiast „nadwykonania za 2013 i 2014 są regulowane prawie w 100% przez aneksy”.

(dowód: akta kontroli str. 140)

Świadczeniobiorca realizując umowę z NFZ korzystał z pomocy podwykonawców w zakresie: zbierania, transportu, odzysku i unieszkodliwiania odpadów medycznych (jeden podmiot), wykonywania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, RTG i USG (osiem podmiotów), transportu sanitarnego (jeden podmiot).

(dowód: akta kontroli str. 15-56)

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 listopada 2014 r. Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez NFZ lub inne podmioty w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, ani w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego lub Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

(dowód: akta kontroli str. 141)

W okresie objętym kontrolą na Świadczeniodawcę nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 142)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

IV. 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 Rzeszowie.

Rzeszów, dnia grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Wojciech Ostrowski
Specjalista k.p.

Dyrektor
Wiesław Motyka