



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-022-09/2014

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/14/005 - Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Mateusz Wojtyła, młodszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91536 z dnia 1 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku (zwany dalej SP ZOZ lub Zespół)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Adam Siembab – Dyrektor SP ZOZ. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność SP ZOZ w Sanoku w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w zakresie diabetologii i kardiologii, finansowanych ze środków publicznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia fakt, iż zasoby kadrowe i sprzętowe służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej były zgodne z umowami zawartymi z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej POW NFZ). Gromadzone przez SP ZOZ dane, dotyczące list oczekujących na udzielenie świadczeń AOS, a także sposób prowadzenia list, był zgodny z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych².

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości nie miały negatywnego wpływu na realizację umów o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS i polegały na tym, że:

- prowadzona dokumentacja medyczna, nie zawierała niektórych danych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³,
- księga przyjęć prowadzona w formie papierowej, nie zawierała oznaczenia godzin zgłoszenia się pacjenta oraz oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w zakresie tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu, czym naruszono § 44 pkt 3 i 5 ww. rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej,

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

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm., dalej ustawa o świadczeniach zdrowotnych.

³ Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej.

- stwierdzono przypadki opóźnień w przekazywaniu do POW NFZ raportów statystycznych, o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy.

Opis stanu
faktycznego

SP ZOZ w Sanoku, jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁴.

SP ZOZ działa na podstawie:

- wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000059726,
- wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego, pod numerem 000000010075.
- Statutu,
- Regulaminu organizacyjnego.

Celem działania SP ZOZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludności zamieszkałej, względnie przebywającej na obszarze jego działania, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, oraz promocja zdrowia.

Zakres świadczeń udzielanych przez SP ZOZ obejmuje:

- świadczenia szpitalne,
- świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Zakres udzielanych świadczeń jest zgodny ze Statutem i wpisem do rejestru.

W Regulaminie organizacyjnym Zespołu opisano zasady udzielania świadczeń i dostęp do badań diagnostycznych. Powyższe informacje podano do wiadomości świadczeniobiorców, poprzez zamieszczenie ich na tablicy informacyjnej oraz stronie internetowej SP ZOZ.

W rozdziale V, w § 9-11 Regulaminu opisano proces udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zespołu.

Regulamin oraz Statut SP ZOZ zawierały wszystkie elementy określone w art. 24 i 42 ustawy *o działalności leczniczej*.

Świadczeniodawca nie legitymuje się akredytacją, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia*⁵, ani też certyfikatem jakości.

Godziny przyjęć poradni, były zgodne z godzinami pracy wskazanymi w harmonogramach zawartych w umowach podpisanych z NFZ na lata 2012-2014 (I półrocze).

(dowód: akta kontroli str. 4-163)

⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

W złożonym oświadczeniu, Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał: zmiany dotyczące harmonogramu personelu, udzielającego świadczeń medycznych w poradniach są zgłaszane do NFZ elektronicznie w Portalu Świadczeniobiorcy. W przypadku, gdy zmiana harmonogramu personelu wiąże się z zatrudnieniem nowej osoby w poradni, do NFZ w formie papierowej przekazywane są kserokopie dokumentów (prawo wykonywania zawodu, dyplomy).

(dowód: akta kontroli str. 164)

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

Podkarpacki Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Rzeszowie pozytywnie zaopiniował warunki lokalowe - sanitarne i techniczne świadczeniodawcy.

SP ZOZ w okresie objętym kontrolą, był dwukrotnie kontrolowany przez PPIS w Rzeszowie. Kontrole dotyczyły warunków lokalowo – sanitarnych i technicznych w poradni kardiologicznej. W wyniku przeprowadzonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w funkcjonowaniu jednostki.

W złożonym oświadczeniu Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał, iż poradnia diabetologiczna w latach 2012 – 2014 (I półrocze) nie była kontrolowana przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Rzeszowie.

(dowód: akta kontroli str. 165-174)

Warunki lokalowe do realizacji świadczeń AOS w zakresie kardiologii i diabetologii, były zgodne z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶. Aparatura i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń posiadały stosowne paszporty z aktualnymi wpisami oraz potwierdzenia przeglądów technicznych, dopuszczające je do użytkowania. W SP ZOZ zapewniono świadczeniobiorcom poradni kardiologicznej i diabetologicznej dostęp do badań lub procedur medycznych, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

(dowód: akta kontroli str. 175-178, 181-184)

W miejscach udzielania świadczeń znajdowały się tablice ze znakiem graficznym NFZ, według wzoru określonego przez Prezesa NFZ oraz informacje dotyczące: zasad zapisów na porady, wizyty i na listę oczekujących na świadczenie; trybu składania skarg i wniosków; praw pacjenta, numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego; adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo rzecznika praw pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, co było zgodne z § 11 ust. 1- 4 załącznika do rozporządzenia Ministra

⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 1413, dalej rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷.

W obu poradniach zapewniono dostęp osobom niepełnosprawnym do pomieszczeń oraz urządzeń służących udzielaniu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej poprzez podjazd przy wejściu do budynków, bezprogowy dostęp do gabinetów lekarskich oraz windę.

(dowód: akta kontroli str. 179-180)

W latach 2012 - 2014 r. (I półrocze) w SP ZOZ, w ramach umów podpisanych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii, świadczeń udzielało:

- w zakresie diabetologii – jeden lekarz, 29 godzin/tygodniowo (0,76 etatu), od poniedziałku do piątku,

- w zakresie kardiologii sześciu lekarzy, w łącznym wymiarze czasu pracy od 45 godzin 10 minut tygodniowo (1,19 etatu) w 2012 r. do 48 godzin 30 minut tygodniowo (1,28 etatu) w czerwcu 2014 r., przez pięć dni w tygodniu.

Zasoby kadrowe świadczeniodawcy zgodne były z postanowieniami umowy zawartej z NFZ.

Personel medyczny oraz jego kwalifikacje były zgodne z wymogami zawartymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

(dowód: akta kontroli str. 185-199)

W okresie objętym kontrolą, SP ZOZ posiadał ważne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu, wykonującego działalność leczniczą⁸.

(dowód: akta kontroli str. 200-219)

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.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych.

Opis stanu
faktycznego

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych określono w Rozdziale VI Regulaminu organizacyjnego SP ZOZ.

Lekarze przyjmujący w Poradniach Specjalistycznych przekazują w formie pisemnej⁹ na żądanie lekarza POZ lub pacjenta, informację o stanie zdrowia

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484

⁸ Dz. U. Nr 293, poz. 1729

⁹ Druk „Informacja dla lekarza kierującego/poz”

świadczeniobiorcy, opis udzielonego świadczenia, wytyczne dotyczące dalszego leczenia i zalecanych badaniach diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 220-221)

Analiza 20¹⁰ spośród 90 kart historii zdrowia i choroby osób korzystających z poradni diabetologicznej oraz 20¹¹ spośród 107 indywidualnych dokumentacji medycznych osób korzystających z poradni kardiologicznej wykazała, iż we wszystkich przypadkach w dokumentacji medycznej zawarto informacje o lekarzu POZ sprawującym i koordynującym opiekę nad świadczeniobiorcą.

(dowód: akta kontroli str. 222-223)

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.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

W SP ZOZ do prowadzenia dokumentacji medycznej wykorzystywany jest system informatyczny Asseco Medical Management Solutions, w którym przechowywane są dane osobowe pracowników i pacjentów, dane o ubezpieczeniu pacjenta, rejestrowane i potwierdzane są wizyty i usługi. System wykorzystywany jest również do rozliczeń z NFZ.

Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał, iż jednostka jest pod względem formalnym przygotowana do wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, oraz zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹², do przekazywania danych do Systemu Informacji Medycznej.

Księga przyjęć poradni kardiologicznej prowadzona jest w formie pisemnej i elektronicznej, zaś w poradni diabetologicznej księgę prowadzono jedynie w formie pisemnej. Każda z ksiąg opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, komórkę organizacyjną wraz z jej kodem oraz numerem księgi.

Księga przyjęć w formie elektronicznej zawierała wszystkie informacje, o których mowa w § 44 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej, natomiast w wersji papierowej nie odnotowywano godziny zgłoszenia się pacjenta oraz oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych – w zakresie tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu, co stanowiło naruszenie powołanego wyżej przepisu.

Wszystkie księgi poddane kontroli opatrzone były numeracją stron dokumentacji oraz numerem kolejnym wpisu. W księgach nie stwierdzono wpisów nieczytelnych.

Księgi przyjęć prowadzone w formie papierowej przechowywane są w szafach kartotecznych usytuowanych w rejestracji, które zabezpieczono przed dostępem osób trzecich - drzwi zamykane na klucz, w pomieszczeniu zawsze znajduje się osoba upoważniona. Księgi w formie elektronicznej przechowywane są na serwerach.

¹⁰ 13 kobiet, 7 mężczyzn spośród osób w wieku 35-65 lat, korzystających ze świadczeń lekarza w poradni diabetologicznej w miesiącu czerwcu 2014 r.

¹¹ 10 kobiet, 10 mężczyzn spośród osób w wieku 35-65 lat, korzystających ze świadczeń lekarza w poradni kardiologicznej w miesiącu czerwcu 2014 r.

¹² Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

W wyniku oględzin¹³ 20 (13 kobiet, 7 mężczyzn) spośród 90 historii zdrowia i choroby osób korzystających z poradni diabetologicznej oraz 20 (10 kobiet, 10 mężczyzn), spośród 107 indywidualnych dokumentacji medycznych osób korzystających z poradni kardiologicznej stwierdzono, iż jest ona prowadzona czytelnie, wpisy sporządzane są w porządku chronologicznym, koniec każdego wpisu opatrzony jest datą wpisu oraz podpisem lekarza. We wszystkich kartach odnotowano wywiad w zakresie przebytych, poważnych chorobach i zabiegach, a także dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja zewnętrzna (wyniki badań), we wszystkich przypadkach była opatrzona datą oraz podpisem lekarza specjalisty.

(dowód: akta kontroli str. 222-223)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- księga przyjęć prowadzona w formie papierowej, nie zawierała oznaczenia godzin zgłoszenia się pacjenta oraz oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych - w zakresie tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu, czym naruszono § 44 pkt 3 i 5 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej, natomiast księga przyjęć prowadzona w formie elektronicznej nie rejestrowała faktycznych godzin zgłoszenia się pacjenta.*

1. w poradni diabetologicznej:

- w 3 na 20 zbadanych indywidualnych dokumentacji medycznych - brak oznaczenia każdej strony, co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, czym naruszono § 6 ust. 1 cyt. rozporządzenia,

- w 1 na 20 poddanych badaniu kart historii zdrowia i choroby - brak uzupełnionego oświadczenia pacjenta, o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 8 cyt. rozporządzenia,

2. w poradni kardiologicznej

- w 5 na 20 skontrolowanych kartach historii zdrowia i choroby, skreśleń dokonano bez zamieszczenia adnotacji o przyczynie oraz dacie i bez oznaczenia osoby dokonującej adnotacji.

(dowód: akta kontroli str. 222-223)

W wyjaśnieniach dotyczących ww. nieprawidłowości Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał: *godziny przyjęć pacjentów w księdze przyjęć zawierają przedział czasowy, który jest zgodny z godzinami pracy lekarza. Jest to spowodowane tym, że pacjenci, mimo wyznaczonych godzin przyjęcia zgłaszali się w innych godzinach (dogodnych dla siebie), co wymagało dokonywania wielu korekt. Skreślenia stwierdzone podczas kontroli, dotyczyły ordynowanych leków, które były w posiadaniu pacjenta i nie było potrzeby wypisywania recepty. Personel został pouczony o obowiązku wypełniania dokumentacji z należytą starannością i obowiązującymi przepisami prawa.*

(dowód: akta kontroli str. 226-229)

¹³ Do badania wybrano historii zdrowia i choroby osób w wieku 35-65 lat, korzystających ze świadczeń lekarza w poradni kardiologicznej i diabetologicznej w miesiącu czerwcu 2014 r.

W wyniku analizy zapisów w poszczególnych kartach historii zdrowia i choroby ustalono, że w poradni diabetologicznej, w 20 przypadkach, opisywanie kolejnych wizyt odbywało się na obwołanie historii zdrowia i choroby, a nie na wkładkach do niej.

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

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

Na wizytę do lekarza specjalisty pacjent może zapisać się osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej, telefonicznie lub drogą elektroniczną. Informacje o trybie i zasadach wpisywania się na listę oczekujących, podane są do publicznej wiadomości w miejscu ogólnie dostępnym świadczeniobiorcom, na tablicy ogłoszeń przy rejestracji. Świadczeniodawca umożliwił pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną, poprzez zamieszczenie na stronie internetowej funkcji - rejestracja online. Funkcja ta niedostępna jest w poradni diabetologicznej z powodu braku podłączenia do systemu informatycznego. Na listę oczekujących wprowadzano pacjentów każdego dnia pracy poradni. Za prowadzenie list oczekujących w poradni kardiologicznej, osobą odpowiedzialną jest Pani Joanna Cieśla - rejestratorka i Halina Dydak – technik EKG, zaś w poradni diabetologicznej Alina Kawa – pielęgniarka.

Wszystkie osoby wpisane na listę oczekujących są „przypadkami stabilnymi”, natomiast pacjenci zakwalifikowani do kategorii medycznej, jako „przypadki pilne” przyjmowani są na bieżąco. Listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, podlegają (co najmniej raz w miesiącu) weryfikacji przez Zespół oceny kolejek i przyjęć.

Przekazywanie raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS, było zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁴.

Średni czas oczekiwania na świadczenie w ramach AOS w styczniu i czerwcu 2014 r. wyniósł odpowiednio: w poradni kardiologicznej 34 i 83 dni, zaś w poradni diabetologicznej 31 i 46 dni.

Liczba świadczeniobiorców, którzy zapisali się na wizytę i nie zgłosili się w wyznaczonym terminie, wyniosła dla poradni kardiologicznej - w styczniu 2 osoby oraz w czerwcu 2 osoby. W poradni diabetologicznej nie stwierdzono przypadków rezygnacji z wcześniej zapisanych wizyt.

W SP ZOZ funkcjonuje system powiadamiania o terminie ustalonej wizyty, który polega na wydawaniu pisemnej informacji o terminie wizyty. Pacjenci są także pouczani, jak powinni postąpić w przypadku, gdy chcą odwołać zaplanowaną wizytę. W przypadku odwołania wizyty z przyczyn świadczeniodawcy, pacjent telefonicznie informowany jest o przesunięciu terminu.

Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał, iż Zespół nie ma opracowanej pisemnej procedury przy zapisywaniu świadczeniobiorców na „zwolnione” terminy wizyt. Przyjęto zasadę, że w przypadku „zwolnienia” się terminu, na wizytę

¹⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 1447, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców.

przesuwany jest pierwszy oczekujący pacjent z kolejki, o czym informowany jest telefonicznie.

Zespół zamieścił w miejscu ogólnie dostępnym dla świadczeniobiorców (tablica ogłoszeń przy rejestracji) informację, o dostępie do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym, wymienionym w art. 47c ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 230-231)

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego w poradni kardiologicznej prowadzona jest w formie pisemnej i elektronicznej. W poradni diabetologicznej listę oczekujących prowadzono jedynie w formie pisemnej. Każda z ksiąg opatrzona jest danymi identyfikującymi Zespół, komórkę organizacyjną wraz z jej kodem oraz opatrzona jest numerem listy.

Analiza 27 wpisów w liście oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego w poradni kardiologicznej oraz 31 wpisów na liście oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej¹⁵ wykazała, iż zawarto w nich dane zgodnie z § 8 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców. Na listach oczekujących nie stwierdzono wpisów nieczytelnych. Listy oczekujących, prowadzone w formie papierowej, przechowywane są w gabinecie poradni, zaś w formie elektronicznej - na serwerach.

Liczba skreśleń świadczeniobiorców z listy oczekujących w poradni diabetologicznej wyniosła 8 przypadków, w tym 4 przypadki w sytuacji, gdy pacjent omyłkowo został wpisany na listę, 2 przypadki - rezygnacja z wizyty oraz 1 przypadek - zmiana terminu na wniosek świadczeniobiorcy. Na liście oczekujących w poradni kardiologicznej nie odnotowano skreśleń ani zmian terminów zaplanowanych wizyt.

(dowód: akta kontroli str. 230-231)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

SP ZOZ przekazywał z opóźnieniem raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS.

W 2013 r. raport dotyczący list oczekujących na wizytę w poradni kardiologicznej za miesiąc styczeń, został wysłany 18 lutego oraz za miesiąc czerwiec - 16 lipca, tj. odpowiednio z 8 i 6-dniowym opóźnieniem, natomiast raport za miesiąc styczeń 2014 r. został wysłany 20 maja, za miesiąc czerwiec 14 lipca, tj. z 99 i 4-dniowym opóźnieniem.

Raport dotyczący list oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej - za miesiąc styczeń 2013 r. - został wysłany 18 lutego, a za czerwiec - 16 lipca, tj. z 8 i 6-dniowym opóźnieniem. Natomiast raport za miesiąc styczeń 2014 r., wysłano 28 kwietnia, za miesiąc czerwiec 2014 r. - 14 lipca, tj. z 77 i 4-dniowym opóźnieniem.

Zgodnie z § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców - świadczeniodawcy mają obowiązek przekazywania danych dotyczących prowadzenia list oczekujących nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca, którego dotyczy informacja.

W wyjaśnieniach dotyczących ww. nieprawidłowości Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych, Pan Grzegorz Panek podał, że opóźnienia w przekazywaniu danych, dotyczących prowadzonych list oczekujących w 2014 r., wynikały ze zmian oprogramowania i związanych z tym problemów technicznych, o czym pisemnie

¹⁵ Kontrolą objęto wpisy ze stycznia i czerwca 2014 r.

i telefonicznie informowano NFZ. Kilkudniowe opóźnienie w wysyłce danych wynikało także z mnogości wysyłanych i ewidencjonowanych danych i związaną z tym koniecznością ich bieżącej korekty.

(dowód: akta kontroli str. 232-234)

Ocena częściowa

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

6. Rozliczanie umów o świadczenia AOS.

Opis stanu faktycznego

W latach objętych kontrolą, pomiędzy SP ZOZ, a POW NFZ w Rzeszowie, zawarto trzy umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- umowa nr 0901001902201201, zawarta na okres 3 lat, od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.,
- umowa nr 0901001902201301, zawarta na okres 3 lat, od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.,
- umowa nr 0901001902201401, zawarta na okres 4 lat, od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r.

W trakcie realizacji, powyższe umowy były 9-krotnie zmieniane w drodze aneksów, z tego 3 razy w 2012 r., 3 razy w 2013 r. oraz 3 razy w 2014 r. (do 30 czerwca).

Zmiany dotyczyły zwiększenia wartości umowy – zmiany planu rzeczowo – finansowego (zał. 1 do umowy).

Umowy AOS w zakresie poradni diabetologicznej i poradni kardiologicznej wykonywane były samodzielnie.

(dowód: akta kontroli str. 235-351)

W ramach realizacji umowy o udzielenie świadczeń AOS w zakresie kardiologii w latach 2012 -2014 (I półrocze), liczba osób, którym udzielono świadczeń wynosiła: w 2012 r. - 3193, w 2013 r. - 3029 oraz w I półroczu 2014 r. - 2435. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio w 2012 r. - 11617, 2013 r. - 11286 oraz w 2014 r. (I półrocze) - 5453.

W ramach realizacji umowy o udzielenie świadczeń AOS w zakresie diabetologii w latach 2012-2014 (I półrocze), liczba osób, którym udzielono świadczeń wynosiła: w 2012 r. - 1983, w 2013 r. - 1933 oraz w I półroczu 2014 r. - 1567. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio w 2012 r. - 4632, w 2013 r. - 5191 oraz w 2014 r. (I półrocze) - 2855.

Liczba osób, którym udzielono świadczeń w zakresie diabetologii, powyżej wartości określonej w umowie wyniosła: w 2012 r. - 102 oraz w 2013 r. - 1, zaś w poradni kardiologicznej wartość nadwykonań wyniosła: w 2013 r. - 43 (45 - udzielonych świadczeń)¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 352-353)

Odnośnie rozliczenia nadwykonań, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Pan Grzegorz Żak podał: *SP ZOZ za nadwykonania w zakresie diabetologii za 2013 r. wystawił na rzecz POW NFZ fakturę i wystosował wezwanie do zapłaty. Nadwykonania nie zostały zapłacone przez NFZ. Końcem 2013 r. podpisano aneks do umowy, który zgodnie z zawartymi w nim zapisami, wyczerpuje ostatecznie*

¹⁶ Liczba błędnych zestawów świadczeń spowodowanych brakiem weryfikacji uprawnień systemu Ewuś - odrzucona przez POW NFZ w Rzeszowie.

wszystkie roszczenia z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

Dyrektor SP ZOZ Pan Adam Siembab podał: SP ZOZ nie wystawił faktury za nadwykonania w 2012 r. za świadczenia w zakresie poradni kardiologicznej w ramach kontraktu AOS, a NFZ nie dokonał żadnych przesunięć.

(dowód: akta kontroli str. 354-365)

W okresie objętym kontrolą na SP ZOZ nie nakładano kar w związku z realizacją umów z NFZ w zakresie AOS.

W czerwcu 2014 r. SP ZOZ był kontrolowany przez Wojewodę Podkarpackiego. Przedmiotem kontroli było „Sprawdzenie funkcjonowania podmiotu leczniczego w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej”. W wyniku przeprowadzonej kontroli działalność jednostki została oceniona pozytywnie, z następującymi uchybieniami:

- nie funkcjonują widniejące w Księdze Rejestrowej komórki organizacyjne pod adresami: ul. Konarskiego 8 – Poradnia Kardiologiczna, ul. 800-lecia 26 – Poradnia Laktacyjna. Nieprawidłowy adres poradni ginekologiczno-położniczej w Zagórz, ul. 800-lecia 26 – Poradnia Laktacyjna.
- nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej,
- nieaktualne przeglądy sprzętu medycznego,
- brak oznakowania poradni ginekologiczno-położniczej w Zagórz, Jurowcach i Bukowsku,
- brak umowy z położną świadczącą usługi w poradni w Zagórz.

W odpowiedzi na powyższe nieprawidłowości, pismem z dnia 15 lipca 2014 r., Dyrektor SP ZOZ poinformował Wojewodę Podkarpackiego o podjętych działaniach, polegających m.in. na dokonaniu zmian w Księdze Rejestrowej, wdrożeniu działań korygujących w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz oznakowaniu poradni.

Pismem z dnia 25 lipca 2014 r. Wojewoda Podkarpacki odstąpił od formułowania zaleceń pokontrolnych.

W okresie 2012-2014 r. (I półrocze), SP ZOZ nie był kontrolowany przez samorząd lekarski, Konsultanta Krajowego lub Wojewódzkiego.

Nadzór merytoryczny nad poradniami specjalistycznymi (kardiologiczną i diabetologiczną), zgodnie ze Statutem i Regulaminem organizacyjnym, sprawuje Dyrektor SP ZOZ w Sanoku.

(dowód: akta kontroli str.366-382, 86-150)

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. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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

1. Zapewnienie zamieszczania w prowadzonej przez SP ZOZ zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej, wszystkich danych wymaganych

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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

2. Podjęcie działań zapewniających terminowe przekazywanie do POW NFZ raportów statystycznych, o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS.

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 Rzeszowie.

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.

Rzeszów, grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Mateusz Wojtyna
Młodszy inspektor k.p

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis

.....
Podpis