



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-025-02/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych w latach 2012-2014 (I półrocze).
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura we Wrocławiu.
Kontroler	Marek Lewandowski – główny specjalista kontroli państwowej, na podstawie upoważnienia do kontroli nr 89837 z dnia 9 września 2014 r. <i>[Dowód: akta kontroli str. 1-2]</i>
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejski Ośrodek Zdrowia w Świebodzicach, Aleje Lipowe 15, 58-160 Świebodzice (dalej: „Ośrodek”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adrian Szewczyk - Dyrektor Ośrodka od dnia 18 marca 2008 r. i nadal. <i>[Dowód: akta kontroli str. 3]</i>

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Ośrodka w zakresie funkcjonowania podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Pozytywnie oceniono w szczególności: [1] zasoby kadrowe i sprzętowe Ośrodka oraz organizację ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) w zakresie kardiologii i diabetologii; [2] współdziałanie Ośrodka w zakresie AOS z jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ); [3] sposób przechowywania dokumentacji medycznej dotyczącej kontrolowanego zakresu; [4] rozliczanie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) o świadczenia w rodzaju AOS w zakresie kardiologii i diabetologii. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły prowadzenia dokumentacji medycznej (kart historii zdrowia i choroby) z naruszeniem wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² (zwanego dalej: rozporządzeniem MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.), oraz niezapewnienia pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną i monitorowania ich statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego	1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy AOS oraz zasoby kadrowe i sprzętowe, związane z realizacją umów z NFZ w zakresie AOS 1.1. Ośrodek utworzono na podstawie uchwały Rady Miejskiej w Świebodzicach³ z dnia 26 lutego 1999 r., w miejsce funkcjonującej poprzednio Przychodni Rejonowej w Świebodzicach. Ośrodek został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych i przedsiębiorstw, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego⁴ oraz do Krajowego Rejestru Sądowego⁵. Wpisy w powyższych rejestrach zgodne był ze stanem faktycznym. Rada Miejska w Świebodzicach nadała Ośrodkowi statut⁶, a Dyrektor Ośrodka wprowadził Regulamin organizacyjny⁷, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną działającą przy
------------------------	---

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

² Dz. U. z 2014 r. poz. 177.

³ Nr VII/93/99 z dnia 26 lutego 1999 r.

⁴ Numer księgi 000000001458.

⁵ Numer KRS: 0000048084.

⁶ Uchwała Rady Miejskiej w Świebodzicach z dnia 19 maja 2004 r. nr XXV/225/04 (ze zmianami) oraz uchwała nr XXXII/191/2012 dnia 13 grudnia 2012 r.

Ośrodka. Jednym z siedmiu rodzajów świadczeń określonych w statucie była ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym m.in. poradnie kardiologiczna i diabetologiczna⁸.

[Dowód: akta kontroli str. 4-64]

1.2. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym przyjmowanie pacjentów w Ośrodku odbywało się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 18:00. Godziny pracy poradni i gabinetów lekarskich zgodne były z harmonogramami ustalonymi w umowach z NFZ. W Ośrodku zamieszczono w ogólnie dostępnym miejscu informacje (min. na tablicach ogłoszeń), że świadczenia zdrowotne po godzinach pracy Ośrodka oraz w dni wolne od pracy, niedziele i święta wykonywane są przez Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy.

[Dowód akta kontroli str. 4-64]

1.3. Ośrodek spełniał wymagania określone przez NFZ w zakresie bazy lokalowej, kadrowej i sprzętu, niezbędne do udzielania świadczeń AOS. Taki też stan wykazała kontrola przeprowadzona w dniu 30 maja 2012 r. przez przedstawicieli NFZ, którzy sprawdzali rzetelność oferty Ośrodka na powyższe świadczenia.

Stan faktyczny wyposażenia kontrolowanego Ośrodka w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępność świadczonych usług oraz stosowane procedury medyczne w zakresie diabetologii i kardiologii, były zgodne, w trakcie niniejszej kontroli NIK, z warunkami opisanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹.

[Dowód: akta kontroli str. 188-189]

Prawidłowy stan techniczny i sanitarny bazy lokalowej wskazywały także kontrole sanitarne przeprowadzane w badanym okresie przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świdnicy¹⁰.

[Dowód: akta kontroli str. 176-187]

1.4. Osobom niepełnosprawnym został zapewniony dostęp do budynku Ośrodka i znajdujących się w nim gabinetów lekarskich poprzez wykonanie podjazdu w miejsce schodów wejściowych do budynku. Osobom niepełnosprawnym komunikację pomiędzy trzema kondygnacjami wewnątrz budynku Ośrodka (na których zlokalizowane były gabinety lekarskie) zapewniała natomiast winda dostosowana do potrzeb tych osób.

[Dowód: akta kontroli str. 146-147]

1.5. Pacjentom zapewniono dostęp do informacji dotyczących zasad zapisywania się na wizyty ambulatoryjne i domowe oraz sposobu zapisywania się na listę oczekujących na świadczenia AOS. Dostępna była informacja dotycząca imion i nazwisk osób udzielających świadczeń medycznych oraz godzin i miejsc ich udzielania. Pacjentom udostępniono informację o ich prawach, numery telefonów i adres Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ we Wrocławiu, a nadto tryb składania skarg i wniosków odnośnie jakości świadczonych usług medycznych. Pacjentom udostępniono też adresy oraz numery telefonów podmiotów udzielających świadczeń medycznych poza godzinami pracy Ośrodka, w dni wolne od pracy i święta oraz podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, z zastrzeżeniem, że dotyczy to świadczeń udzielanych w związku: wypadkiem, urazem, porodem, nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia powodującym zagrożenie życia.

[Dowód: akta kontroli str. 148]

1.6. Na koniec czerwca 2014 r. Ośrodek zatrudniał ogółem 22 lekarzy, w tym dwóch lekarzy w poradni diabetologicznej (specjalistów w dziedzinie diabetologii) i dwóch lekarzy w poradni kardiologicznej (specjalistów w dziedzinie kardiologii). Lekarze z tych poradni udzielali świadczeń na podstawie kontraktów o świadczenie usług medycznych zawartych z Ośrodkiem. Lekarze w poradni diabetologicznej wykonywali świadczenia przez 24,5 godzin tygodniowo, natomiast w poradni kardiologicznej przez 20 godzin tygodniowo.

[Dowód: akta kontroli str. 164-167, 190]

⁷ Zarządzenia Dyrektora Ośrodka nr 9/2012 z dnia 13 grudnia 2012 r.

⁸ W ramach AOS funkcjonowały ponadto poradnie: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, dermatologicznej, logopedycznej, neurologicznej, okulistyki, otolaryngologicznej, pulmonologicznej i urologicznej.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413.

¹⁰ Kontrola Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świdnicy w dniu 1 marca 2012 r., w dniu 12 listopada 2012 r. i w dniach 14-15 maja 2013 r.

Zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹ Ośrodek dokonał takiego ubezpieczenia w jednym z towarzystw ubezpieczeniowych.

[Dowód: akta kontroli str. 158-163]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Ośrodka w badanym obszarze.

Ocena cząstkowa

2. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w ramach POZ i AOS

2.1. Pacjentów do specjalistycznych poradni Ośrodka przyjmowano na podstawie skierowań wystawianych przez lekarzy POZ w celu konsultacji lub objęcia opieką. Dyrektor Ośrodka w tej sprawie wyjaśnił, że w przypadku skierowania pacjenta celem konsultacji, lekarz AOS po postawieniu diagnozy przekazuje do lekarza POZ informacje o diagnozie i stanie zdrowia pacjenta. W przypadku objęcia pacjenta opieką, lekarz AOS raz w roku przekazuje informację dla lekarza kierującego pacjentem, będącą podstawą do kontynuowania leczenia i wystawiania recept na leki specjalistyczne w danym schorzeniu.

2.2. Lekarze przyjmujący pacjentów w poradni kardiologicznej i diabetologicznej, których indywidualna dokumentacja medyczna poddana została niniejszej kontroli NIK, przekazywali lekarzom (POZ) informacje o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu i zaleceniach. Informacje te przekazywane były do lekarzy POZ, po postawieniu przez lekarza AOS ostatecznej diagnozy oraz w przypadkach zmiany leczenia oraz dawkowania leków.

2.3. W objętych niniejszą kontrolą NIK historiach zdrowia i choroby pacjentów poradni kardiologicznej oraz poradni diabetologicznej odnotowano informacje o lekarzu POZ sprawującym i koordynującym opiekę nad świadczeniobiorcą.

[Dowód: akta kontroli str. 195-197]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Ośrodka w obszarze współdziałania z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń ambulatoryjnych w ramach POZ i AOS.

Ocena cząstkowa

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej

3.1. Dokumentacja medyczna w zakresie świadczeń AOS prowadzona była w Ośrodku w systemie elektronicznym, z wykorzystaniem specjalistycznego oprogramowania, z zastrzeżeniem, iż lekarze uprawnieni byli także do prowadzenia tej dokumentacji w formie papierowej (według uznania lekarza). W przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie papierowej, niezbędne informacje dotyczące udzielanych świadczeń medycznych wprowadzano do systemu elektronicznego przez wyznaczonego do tego pracownika Ośrodka. W systemie elektronicznym gromadzono dane wymagane do rozliczenia świadczeń z NFZ oraz potrzebne do prowadzenia wewnętrznej i zewnętrznej statystyki, tzn.:

- informacje o pacjencie: imię, nazwisko, pesel, adres zamieszkania,
- informacje o wizycie (udzielnym świadczeniu).

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, iż Ośrodek jest przygotowany technicznie do pełnego wdrożenia systemu informacji w ochronie zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹², bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.

[Dowód: akta kontroli str. 195-197]

¹¹ Dz. U. Nr 293, poz. 1729.

¹² Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

3.2. Analiza wpisów w księdze przyjęć poradni diabetologicznej i poradni kardiologicznej w styczniu i czerwcu 2014 r.¹³ wykazała, iż wszystkie 412 wpisów zawierało: numery kolejne, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, dane identyfikacyjne pacjenta oraz osoby udzielającej świadczenia, a nadto rodzaj udzielonego świadczenia.

Z zapisów powyższych ksiąg od kwietnia do czerwca 2014 r.¹⁴ wynikało, iż w tym okresie obie poradnie przyjęły ogółem 560 pacjentów, w tym 513 jeden raz. Pozostali pacjenci zostali w tym okresie przyjęci częściej, w tym w poradni diabetologicznej dwie osoby po sześć razy, a w poradni kardiologicznej siedem osób po trzy razy.

W skali jednego miesiąca w wymienionym wyżej okresie w poradni diabetologicznej trzy osoby przyjęte zostały dwa razy, a w poradni kardiologicznej dwukrotnie przyjęto dwie osoby.

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że dwie wizyty w ciągu miesiąca u lekarzy AOS wynikały z wyznaczenia powtórnych wizyt przez lekarza AOS celem potwierdzenia prawidłowości doboru leków w procesie leczenia, po wykonaniu zleconych badań. Dyrektor Ośrodka nadmienił także, że wyznaczenie dodatkowych terminów wizyt pacjentom AOS nie powodowało przesunięcia przyjęć pacjentów z listy oczekujących, ponieważ dodatkowe przyjęcia odbywały się w godzinach określonych przez zlecających te wizyty lekarzy AOS.

[Dowód: akta kontroli str. 154-157]

3.3. Księgi przyjęć poradni AOS, w tym diabetologicznej i kardiologicznej, podobnie jak elektronicznie prowadzone karty historii zdrowia i choroby, przechowywano w systemie elektronicznym Ośrodka. Dostęp do nich był zabezpieczony hasłami udostępnionymi uprawnionym pracownikom Ośrodka. Indywidualną zaś dokumentację medyczną prowadzoną w wersji papierowej przechowywano w szafach zlokalizowanych w pomieszczeniu rejestracji Ośrodka, zabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych.

[Dowód: akta kontroli str. 154-157]

3.4. W trakcie kontroli zbadano indywidualną dokumentację medyczną sześciu pacjentów poradni kardiologicznej oraz czterech pacjentów poradni diabetologicznej, tj. łącznie 10 kart (siedem kobiet i trzech mężczyzn) przyjętych przez lekarzy w czerwcu 2014 r. Objęte tym badaniem karty stanowiły 5% kart pacjentów¹⁵ przyjętych w czerwcu 2014 r. przez te poradnie.

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej poradni kardiologicznej sześciu pacjentów wykazała m.in., że:

- wszystkie badane karty zawierały informacje o przebytych poważnych chorobach uzyskane podczas wywiadu w trakcie pierwszej wizyty u lekarza, o wzroście i masie ciała (BMI), opisy dolegliwości zgłoszonych przez pacjenta, opisy badania przedmiotowego, informację o rozpoznaniu choroby i przepisanych lekach,
- w czterech kartach historii zdrowia i choroby zamieszczono informacje z wywiadu o chorobach przewlekłych,
- w dwóch kartach zawarte zostały dane o pobytach pacjentów w szpitalach,
- w jednej karcie zawarte zostały informacje o zabiegach chirurgicznych, którym pacjent został poddany,
- w przypadku czterech pacjentów, u których od 2009 r. odnotowano łącznie 42 wizyty, wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (RR) odnotowano podczas 14 wizyt. W kartach pozostałych dwóch pacjentów liczba pomiarów ciśnienia tętniczego krwi odpowiadała liczbie wizyt.

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej poradni diabetologicznej czterech pacjentów przyjętych w czerwcu 2014 r., wykazała m.in., że:

- we wszystkich badanych kartach historii choroby zamieszczone zostały zapisy świadczące o dokonaniu wywiadu obejmującego informację o przebytych poważnych chorobach, wskazano informację o wzroście i masie ciała (BMI), przedstawiono opisy dolegliwości zgłoszonych przez pacjenta, opisy badania przedmiotowego, informację o rozpoznaniu choroby i przepisanych lekach,
- w dwóch kartach historii choroby zamieszczone zostały zapisy świadczące o dokonaniu wywiadu o chorobach przewlekłych,
- w jednym przypadku podano informację o zleceniu badań diagnostycznych,

¹³ W styczniu 2014 r. poradnia diabetologiczna przyjęła 125 pacjentów, a w czerwcu 2014 r. - 73 pacjentów. Natomiast poradnia kardiologiczna w tym okresie przyjęła odpowiedni: 100 i 114 pacjentów.

¹⁴ W poradni diabetologicznej w kwietniu przyjętych zostało 106 pacjentów, w maju 63 i w czerwcu 73, natomiast w poradni kardiologicznej w tym okresie przyjętych zostało odpowiedni: 96, 108 i 114.

¹⁵ Z usług poradni kardiologicznej skorzystało 114 osób, a z usług poradni dermatologicznej skorzystały 73 osoby.

- w karcie jednego pacjenta, u którego od kwietnia 2008 r. odnotowano łącznie 30 wizyt, wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (RR) dokonano podczas 22 wizyt, a u innego, u którego od marca 2008 r. odnotowano 18 wizyt, informację o wyniku pomiaru poziomu cukru we krwi wpisano podczas 14 wizyt. W pozostałych przypadkach w kartach pacjentów liczba pomiarów ciśnienia tętniczego krwi oraz poziomu cukru we krwi odpowiadała liczbie wizyt,
- wpis z każdej wizyty opatrzonej został datą i podpisem lekarza dokonującego wpisu.

Ponadto na podstawie analizy zapisów w badanej dokumentacji medycznej ustalono, iż w okresie objęcia badanej grupy pacjentów świadczeniami medycznymi przyjęci zostali oni przez lekarzy 98 razy, z tego 53 wizyty - w gabinecie diabetologicznym i 45 - w gabinecie kardiologicznym. W jednym przypadku wizyta w poradni kardiologicznej dotyczyła tylko powtórzenia leków. W trakcie tych wizyt dokonano łącznie 62 pomiary ciśnienia tętniczego krwi, z tego 45 razy w gabinecie diabetologicznym i 17 razy w gabinecie kardiologicznym. W 49 przypadkach dokonano pomiaru poziomu cukru we krwi. Wszystkie badania dotyczące stężenia cukru we krwi wykonane zostały w gabinecie diabetologicznym, pacjentom przyjętym w gabinecie kardiologicznym, nie badano poziomu cukru we krwi.

[Dowód: akta kontroli str. 149-151]

*Ustalone
nieprawidłowości*

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

1. W wybranej do kontroli NIK indywidualnej dokumentacji medycznej 10 pacjentów poradni kardiologicznej i diabetologicznej nie odnotowano:
 - w przypadku czterech pacjentów – informacji o dokonaniu wywiadu dotyczącego chorób przewlekłych, bądź niewystępowaniu takich chorób,
 - we wszystkich 10 kartach - wpisów potwierdzających przeprowadzenie wywiadu o obciążeniach dziedzicznych,
 - w sześciu kartach - danych o pobytach pacjentów w szpitalach lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia,
 - w dziewięciu kartach - informacji o zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takiego leczenia,
 - we wszystkich 10 kartach - wpisów dotyczących szczepień ochronnych lub o podanych surowicach oraz informacji o uczuleniach lub ich niewystępowaniu.

[Dowód: akta kontroli str.149 – 151]

Niezamieszczanie w indywidualnej dokumentacji medycznej (wybranej do kontroli NIK próbie) informacji opisujących sytuację zdrowotną świadczeniobiorcy, w tym przeszłość chorobową jego i jego rodziny, świadczą o naruszeniu przepisów § 42 ust. 3 i 4 rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.

Dyrektor Ośrodka udzielając w tej sprawie wyjaśnień przedstawił pogląd, według którego w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów prowadzonej przez lekarzy kardiologów i diabetologów odnotowuje się tylko te dane, które mają istotny związek z prowadzonym leczeniem, z powodu którego pacjent został skierowany z POZ do specjalistycznej poradni kardiologicznej czy diabetologicznej, albo które wystąpiły w trakcie diagnostyki i terapii w tych poradniach. Dlatego też brakujące dane w poradniach specjalistycznych, zawarte są w dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy POZ, kierujących pacjentów do poradni specjalistycznych.

[Dowód: akta kontroli str.198-199]

NIK nie podziela takiego stanowiska, bowiem powołane przepisy rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r. nie upoważniają prowadzenia przez lekarzy AOS indywidualnej dokumentacji medycznej w niepełnym zakresie. NIK zwraca przy tym uwagę, iż pacjenci mogą być kierowani do lekarzy AOS nie tylko przez lekarzy POZ Ośrodka, ale także przez lekarzy z poza Ośrodka.

2. W czterech kartach historii choroby pacjentów poradni kardiologicznej (z sześciu badanych) liczba wpisów o wyniku pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR) była mniejsza od liczby wizyt tych pacjentów w poradni, co świadczy o niedokonywaniu tych pomiarów podczas każdej wizyty. W jednej karcie choroby pacjenta poradni diabetologicznej (z czterech badanych) liczba wpisów o dokonaniu pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR) była

mniejsza od liczby wizyt tego pacjenta w poradni, a w innej karcie liczba wyników pomiarów poziomu cukru we krwi była mniejsza od liczby wizyt tego pacjenta w poradni.

[Dowód: akta kontroli str.149-151]

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że niezgodność ilości dokonanych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i poziomu cukru we krwi z liczbą wizyt pacjentów u lekarzy specjalistów może wynikać z faktu, iż nie każdy rodzaj schorzenia zwłaszcza kardiologicznego wymaga mierzenia ciśnienia tętniczego w trakcie wizyt u lekarza. W trakcie długotrwałego leczenia u tego samego lekarza pacjenci sami sobie dokonują pomiarów przed przyjściem do lekarza i w trakcie wizyt podają wynik pomiarów.

[Dowód: akta kontroli str. 198-199]

Ocena cząstkowa

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

4. Dostępność świadczeń AOS i prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia

4.1. Zgodnie z informacjami wywieszonymi w Ośrodku rejestrację pacjentów AOS prowadzono codziennie w godzinach pracy Ośrodka. Pacjent mógł zarejestrować się osobiście lub drogą telefoniczną. Nie prowadzono rejestracji pacjentów za pośrednictwem sieci internetowej.

Ośrodek nie posiadał zorganizowanego systemu powiadamiania (przypominania) pacjentów o zbliżającym się terminie wizyty u lekarza specjalisty, ani przyjmowania informacji o rezygnacji z wizyty osób wpisanych na listę oczekujących na wizytę w ramach AOS.

[Dowód: akta kontroli str. 191-193]

4.2. Analiza 92 zapisów na listach oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego w poradni kardiologicznej i w poradni diabetologicznej dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r. wykazała między innymi, że wszystkie zapisy posiadały kolejne numery, datę i godzinę wpisu, dane identyfikacyjne pacjenta i jego adres, termin udzielenia świadczenia oraz imię i nazwisko osób dokonujących wpisu. Brak było natomiast informacji o rozpoznaniu lub powodzie zgłoszenia się pacjenta, wynikającego ze skierowania do lekarza specjalisty.

4.3. W objętych badaniem miesiącach, tj. w styczniu oraz czerwcu 2014 r., z listy oczekujących do poradni kardiologicznej i diabetologicznej skreślono ogółem 48 osób, w tym 35 w wyniku wykonania świadczenia, a pozostałych 13 osób skreślono w wyniku nie zgłoszenia się na wyznaczoną wizytę. Nie odnotowano przypadków zmian terminów przyjęć na wniosek świadczeniobiorcy.

[Dowód: akta kontroli str. 154-157]

4.4. W 2013 r. z wyznaczonych usług medycznych w poradni diabetologicznej zrezygnowało ogółem 19 pacjentów, a w poradni kardiologicznej - 30. W okresie I półrocza 2014 r. z wyznaczonej wizyty w poradni diabetologicznej zrezygnowało 16 pacjentów, natomiast w poradni kardiologicznej - 13 osób. Liczba osób rezygnujących z wyznaczonych wizyt w obu poradniach w powyższym okresie nie przekroczyła 3% ogólnej liczby pacjentów zarejestrowanych na wizytę w tych poradniach.

Rezygnacja w wymienionej skali pacjentów zapisanych do poradni kardiologicznej i diabetologicznej nie powodowała skutków finansowych dla Ośrodka w postaci utraty przyznanych limitów finansowych lecz wydłużała okres oczekiwania na specjalistyczne świadczenia medyczne osobom oczekującym w kolejce.

Ustalone nieprawidłowości

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

1. Nie zapewniono możliwości zapisywania się pacjentów na wizyty do lekarzy AOS, w tym do poradni kardiologicznej i diabetologicznej Ośrodka, drogą elektroniczną (poprzez sieć internetową). Stanowiło to naruszenie przepisu art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶ i art. 57 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

¹⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, iż Ośrodek jest przygotowany do prowadzenia rejestracji pacjentów drogą elektroniczną, lecz z powodu – jak to określił - nikłego zainteresowania tym sposobem rejestracji nie była ona prowadzona.

2. Nie zamieszczano w listach pacjentów oczekujących na świadczenie AOS informacji o rozpoznaniu lub powodzie przyjęcia, do czego zobowiązuje przepis art. 20 ust. 1 pkt 3 lit e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Ocena częściowa

5. Rozliczanie umów o świadczenia AOS

5.1. W badanym okresie Ośrodek realizował świadczenia medyczne z zakresu AOS na podstawie umów zawartych z NFZ. W 2012 r. uzgodniono z NFZ realizację świadczeń AOS na kwotę 1 384,3 tys. zł, w tym 31,4 tys. zł na świadczenia z zakresu diabetologii i 111,2 tys. zł z zakresu kardiologii. W 2013 r. uzgodniono wykonywanie powyższych świadczeń na kwotę 1 347,1 tys. zł, w tym 40,6 tys. zł na świadczenia z zakresu diabetologii i 104,3 tys. zł z zakresu kardiologii, natomiast w 2014 r. odpowiedni: 1 371,6 tys. zł, w tym 40,0 tys. zł oraz 110,4 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 65-143]

W latach 2012-2013 Ośrodek niemal w pełni wykorzystał wynikające z umów z NFZ kwoty na świadczenia medyczne z zakresu AOS (odchylenie, tj. niewykorzystanie limitu wystąpiło w 2013 r. i wyniosło zaledwie 62 zł). Przy tym środki na świadczenia medyczne z zakresu kardiologii w latach 2012-2013 wykorzystane zostały w pełnej wysokości, natomiast w roku 2013 poradnia diabetologiczna nie wykorzystała kwoty 132 zł, co stanowiło 0,3% środków przeznaczonych na te świadczenia.

W okresie I półrocza 2014 r. środki finansowe przeznaczone na wykonywanie świadczeń AOS wykorzystane zostały w wysokości 48,3%¹⁷, w tym w 52,4% w zakresie świadczeń diabetologicznych i 50,6% w zakresie świadczeń kardiologicznych.

W badanym okresie nie było nadwykonań świadczeń medycznych wykonywanych przez poradnię dermatologiczną i kardiologiczną.

[Dowód: akta kontroli str. 144-145]

5.2. W roku 2012 poradnia kardiologiczna i dermatologiczna udzieliły ogółem 15 882 świadczeń medycznych 2 246 osobom¹⁸. W roku 2013 z usług medycznych tych poradni skorzystało ogółem 1 991 osób, którym udzielono łącznie 16 223 świadczenia medyczne¹⁹. W okresie I półrocza 2014 r. z obu poradni skorzystało ogółem 1 249 osób²⁰, którym udzielono ogółem 8 609 świadczeń medycznych²¹. Cena za punkt rozliczeniowy (miary służącej do rozliczenia oferowanych świadczeń medycznych) w badanych latach wynosiła:

- dla świadczeń medycznych realizowanych przez poradnię diabetologiczną - 8,28 zł,
- dla świadczeń medycznych realizowanych przez poradnię kardiologiczną - 9,20 zł.

Ośrodek nie był karany przez NFZ w związku z realizacją świadczeń AOS przez poradnię diabetologiczną i kardiologiczną.

[Dowód: akta kontroli str. 65-143, 191-192]

5.3. Zgodnie z wymogami § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej²² Ośrodek składał każdego miesiąca w Dolnośląskim Wojewódzkim Oddziale NFZ dokumenty rozliczeniowe z udzielonych świadczeń z zakresu AOS w terminie do 10 dni za miesiąc poprzedni. W tym samym terminie przekazywano raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS, co było zgodne z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych

¹⁷ Wykorzystano kwotę 662 136 zł, w tym 20977 zł przez poradnię diabetologiczną i 55899 zł przez poradnię kardiologiczną.

¹⁸ Z poradni kardiologicznej skorzystało 1 479 osób, którym udzielono 12 090 świadczeń. Z poradni dermatologicznej skorzystało 767 osób, którym udzielono 3 792 świadczenia.

¹⁹ Z poradni kardiologicznej skorzystało 1 101 osób, którym udzielono 11 342 świadczenia. Z poradni diabetologicznej skorzystało 890 osób, którym udzielono 4 881 świadczeń.

²⁰ Z poradni kardiologicznej skorzystało 667 osób a z poradni diabetologicznej 582 osoby.

²¹ Poradnia kardiologiczna udzieliła 7 076 świadczeń, a poradnia diabetologiczna udzieliła 2 533 świadczenia.

²² Dz. U. Nr 81, poz. 48.

przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych²³.

[Dowód: akta kontroli str. 152 - 153]

5.4. System informatyczny Ośrodka, podczas kontroli, uniemożliwił wygenerowanie średniego czasu oczekiwania na świadczenia AOS w 2012 r. Średni czas oczekiwania w roku 2013 na świadczenia medyczne w poradni diabetologicznej wynosił 27 dni, natomiast w poradni kardiologicznej - 32 dni. W okresie I półrocza 2014 r. czas ten w przypadku poradni diabetologicznej wydłużył się o dziewięć dni i wynosił 36 dni, a w przypadku poradni kardiologicznej wydłużył się o 11 dni i wynosił 43 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 168-175]

5.5. W latach 2012-2014 (I półrocze) działalność Ośrodka w zakresie diabetologii i kardiologii AOS nie była kontrolowana przez NFZ, organ założycielski, wojewodę, konsultantów wojewódzkich ani przez Okręgową Izbę Lekarską. Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, iż NFZ miał pełne rozeznanie odnośnie realizacji kontraktu z zakresu AOS. Wiedza ta pochodziła z miesięcznych sprawozdań składanych przez Ośrodek z realizacji tych świadczeń. Do składanych sprawozdań NFZ nie wnosił uwag ani zastrzeżeń.

W badanym okresie do Dyrektora Ośrodka nie wpłynęła żadna skarga dotycząca AOS.

[Dowód: akta kontroli str. 195-197]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Ośrodka dotyczącą AOS z zakresu diabetologii i kardiologii finansowanej ze środków publicznych.

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 Kontroli²⁴ (dalej: ustawa o NIK), wnosi o:

1. Uruchomienie prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia AOS z uwzględnienie ich statusu na liście oczekujących.
2. Uwzględnianie w listach oczekujących na świadczenia AOS wszystkich wymaganych danych, w tym rozpoznania lub powodu przyjęcia oraz numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą, celem możliwości utrzymywania z nim kontaktu, zwłaszcza w sytuacji możliwości przyspieszenia wizyty.
3. Zapewnienie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.
4. Dokumentowanie podczas wizyt pacjentów w poradniach kardiologicznej i diabetologicznej wyników pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i poziomu cukru we krwi, umożliwiających obserwację dynamiki zmian tych parametrów.

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 we Wrocławiu.

²³ Kontrole w dniach: 1 marca 2012 r i 12 listopada 2012 r., 14-15 maja 2013 r.

²⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

*Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków*

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 30 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.

Wrocław, dnia 18 grudnia 2014 r.

Kontroler:
Andrzej Skupiński
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
Dyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis