



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-025-04/2014

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	Magdalena Barzęc, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89860 z dnia 22 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Polskie Centrum Zdrowia Instytut Medyczny Sp. z o.o., ul. Legnicka 61 Wrocław (dalej: PCZ lub Świadczeniodawca).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Bąk, Prezes Zarządu PCZ od 1 września 2014 r.. Poprzednio Prezesem Zarządu, od 1 lipca 2008 r. do 1 września 2014 r., był Romuald J. Ściborski. Dyrektorem Zarządzającym w okresie objętym kontrolą była Beata Gałązkowska. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność PCZ w zakresie funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej ze środków publicznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywnie oceniono w szczególności: **[1]** zasoby kadrowe i sprzętowe PCZ oraz organizację ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) w zakresie kardiologii i diabetologii; **[2]** współdziałanie PCZ w zakresie AOS z jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ); **[3]** sposób przechowywania dokumentacji medycznej dotyczącej kontrolowanego zakresu; **[4]** rozliczanie umów z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ) odnośnie świadczeń w rodzaju AOS w zakresie kardiologii i diabetologii.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast 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 (dalej: rozporządzenie MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.) oraz niezapewnienia pacjentom dostępności usług zdrowotnych w wymiarze czasu określonym w umowach z DOW NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja PCZ

Opis stanu faktycznego

1.1. PCZ został wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy pod nr 0000049046 w dniu 2 października 2001 r. PCZ rozpoczął działalność leczniczą zgodnie z księgą

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

² Dz. U. z 2014 r. poz. 177.

rejestrów prowadzoną przez Wojewodę Dolnośląskiego (pod nr 000000001531) z dniem 1 stycznia 2002 r.

(dowód: akta kontroli str. 4-31, 69-74, 95-121)

1.2. Świadczenia zdrowotne udzielane przez PCZ w rodzaju AOS w okresie objętym kontrolą były zgodne z zapisami Statutu i Regulaminu organizacyjnego i obejmowały 17 zakresów, w tym kardiologię i diabetologię.

(dowód: akta kontroli str. 4-31, 76-84, 85-94, 95-121)

Powołany Regulamin organizacyjny spełniał wymogi określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³, tj. zawierał wszystkie elementy określone w art. 23 i 24 tej ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 95-121)

1.3. Informacje dotyczące zasad udzielania świadczeń i dostępu do badań diagnostycznych zostały podane do wiadomości świadczeniobiorcom poprzez ich umieszczenie w widocznym miejscu w rejestracji PCZ.

(dowód: akta kontroli str. 95-121, 348-350)

1.4. W PCZ wprowadzono system zarządzania jakością – ISO 9001:2008, ISO14001:2004 – opisany w księdze jakości z 20 lutego 2012 r. (certyfikat nr FS 535282). Wymienioną certyfikacją objęte były usługi medyczne, w tym m.in. w rodzaju AOS.

(dowód: akta kontroli str. 32-68)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność PCZ w badanym obszarze.

2. Zasoby Świadczeniodawcy (kadrowe i sprzętowe) związane z realizacją umów z DOW NFZ

Opis stanu
faktycznego

2.1. PCZ spełniał wymagania określone przez NFZ w zakresie bazy lokalowej, kadrowej i sprzętu, niezbędne do udzielania świadczeń AOS. Stan faktyczny wyposażenia gabinetów kardiologicznego i diabetologicznego w sprzęt i aparaturę medyczną, był zgodny z warunkami opisanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS⁴.

PCZ spełniał też wymogi informacyjne określone w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów⁵, m.in. o dniach i godzinach przyjmowania pacjentów przez poszczególnych lekarzy zgodnych z harmonogramami stanowiącymi załączniki do umów z DOW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS.

(dowód: akta kontroli str. 348-350, 364-365)

2.2. Dostęp niepełnosprawnym lub osobom z wózkami niemowlęcymi do pomieszczeń PCZ był zabezpieczony poprzez podjazd wejściowy do budynku, a komunikację pomiędzy kondygnacjami wewnątrz budynku PCZ (na których zlokalizowane były gabinety lekarskie AOS) zapewniała winda dostosowana do

³ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413.

⁵ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

potrzeb tych osób. Dla potrzeb osób niepełnosprawnych udostępniono też trzy pomieszczenia sanitarno-higieniczne.

(dowód: akta kontroli str. 348-350)

2.3. W poradni diabetologicznej od grudnia 2007 r. zatrudniony był jeden lekarz, w okresie od 1 września 2012 r. do 4 kwietnia 2013 r. w wymiarze czasu pracy 16,5 godziny tygodniowo (0,44 etatu), a od 5 kwietnia 2013 r. 12,5 godziny tygodniowo (0,33 etatu).

W poradni kardiologicznej w okresie objętym kontrolą zatrudniano trzech lekarzy w łącznym wymiarze czasu oscylującym od 1 września 2013 r. do końca czerwca 2014 r. w granicach od 24 do 37,5 godzin tygodniowo (od 0,63 do 0,99 etatu), co odpowiadało zobowiązaniom PCZ określonym w umowach z DOW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS.

(dowód: akta kontroli str. 364-365)

2.4. Świadczeniodawca w okresie objętym kontrolą posiadał obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶.

(dowód: akta kontroli str. 582)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność PCZ w badanym obszarze.

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

3.1. Dokumentacja medyczna AOS, zarówno zbiorcza, w formie ksiąg przyjęć, jak i indywidualna w formie historii zdrowia i choroby, prowadzona była w PCZ w systemie elektronicznym, z wykorzystaniem specjalistycznego oprogramowania. System ten, obok tworzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej (zewnętrznej i wewnętrznej) umożliwiał wystawianie recept i rejestrację pacjentów. Nadto był zintegrowany z laboratorium i dawał możliwość integracji z apteką. Świadczeniodawca był przygotowany technicznie do pełnego wdrożenia systemu informacji w ochronie zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*⁷.

(dowód: akta kontroli str. 353-354, 362-363)

3.2. Analiza 356 wpisów w księdze przyjęć poradni diabetologicznej i kardiologicznej w styczniu i czerwcu 2014 r. wykazała, iż dokonując tych wpisów uwzględniono informacje wymagane § 44 *rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.*

(dowód: akta kontroli str. 353-354, 362-363)

3.3. Indywidualna dokumentacja medyczna, tj. karty historii zdrowia i choroby 16 pacjentów poradni kardiologicznej i sześciu pacjentów poradni diabetologicznej⁸, zawierała opis badania podmiotowego oraz przedmiotowego, informację o rozpoznaniu choroby i przepisanych lekach. W 15 kartach zawarto informacje

⁶ Dz. U. Nr 293, poz. 1729.

⁷ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

⁸ Do badania wyłoniono dokumentację pacjentów spośród 238 pacjentów korzystających z konsultacji lekarskich w poradni diabetologicznej i kardiologicznej w czerwcu 2014 r.

o przebytych poważnych chorobach lub ich braku, w 21 o chorobach przewlekłych, w trzech o przebytych operacjach lub zabiegach, a w 16 o uczuleniach lub ich niewystępowaniu. We wszystkich przypadkach lekarz specjalista wydał pacjentom pisemną informację dla lekarza POZ, zawierającą informację o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu oraz zalecenia lekarskie.

(dowód: akta kontroli str. 362-362a, 463-467)

3.4. Dokumentacja medyczna była przechowywana na serwerze PCZ, w zabezpieczonym pomieszczeniu. Oprogramowanie posiadało stosowne zabezpieczenie zapewniające ochronę gromadzonych danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 248, 353-354, 362-363)

Ustalone
nieprawidłowości

W wybranej do kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej 22 pacjentów poradni kardiologicznej i diabetologicznej nie odnotowano wszystkich istotnych informacji opisujących sytuację zdrowotną, w tym przeszłość chorobową świadczeniobiorcy i jego rodziny, do czego zobowiązywał § 42 ust. 3 i 4 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.*, w szczególności o:

- przebytych poważnych chorobach lub ich braku - w sześciu przypadkach (w jednym przypadku dotyczyło to pacjenta poradni diabetologicznej, a w pięciu poradni kardiologicznej),
- chorobach przewlekłych - w jednym przypadku dotyczącym pacjenta poradni kardiologicznej,
- pobytach w szpitalu lub niekorzystaniu z takiej formy leczenia - w 22 przypadkach, tj. kartach 16 pacjentów poradni kardiologicznej i sześciu pacjentów poradni diabetologicznej,
- zabiegach lub operacjach albo o niekorzystaniu z takiej formy leczenia - w 19 przypadkach (w 14 dotyczących poradni kardiologicznej i w pięciu poradni diabetologicznej),
- szczepieniach i stosowanych surowicach - w 22 przypadkach, tj. kartach 16 pacjentów poradni kardiologicznej i 6 pacjentów poradni diabetologicznej,
- uczuleniach lub ich niewystępowaniu - w sześciu przypadkach dotyczących poradni diabetologicznej,
- obciążeniach dziedzicznych lub ich niewystępowaniu - w 17 przypadkach.

Ponadto, we wszystkich 16 badanych kartach pacjentów poradni kardiologicznej, nie przedstawiono wyników pomiaru wzrostu i masy ciała, a w sześciu nie było również informacji o dokonaniu pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR).

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu
faktycznego

4.1. Zgodnie z powszechnie dostępnymi w PCZ informacjami określającymi zasady rejestracji do lekarza AOS, rejestracji takiej dokonywano w godzinach pracy PCZ. Pacjent mógł zarejestrować się osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej, telefonicznie lub poprzez pocztę e-mail.

Dodatkowo w PCZ był wdrażany system automatycznej rejestracji elektronicznej przy wykorzystaniu aplikacji przeglądarkowej. W pierwszej kolejności planowano uruchomić aplikację dla pacjentów komercyjnych z możliwością rozszerzenia na pacjentów niekomercyjnych (po dokonaniu testów oprogramowania).

(dowód: akta kontroli str. 371-372, 438-440)

4.2. Zarządzeniem Dyrektora ds. Lecznictwa w 2011 r. powołano trzyosobowy zespół oceny przyjęć do lekarzy, stosownie do obowiązku wynikającego z przepisu art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. Do zadań Zespołu należała ocena list pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

Udokumentowane spotkania zespołu¹⁰ odbywały się z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz w miesiącu. W kontrolowanym okresie zespół nie stwierdził zastrzeżeń do kolejki oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 429-437)

4.3. Listy oczekujących w Spółce prowadzone były zgodnie z wymogami art. 20 ust. 1 powołanej w poprzednim punkcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zawierały wszystkie elementy określone w art. 20 ust. 2 tej ustawy oraz § 8 rozporządzenie 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 publicznych¹¹ (zbadano 557 wpisów, 449 w poradni kardiologicznej i 108 w poradni diabetologicznej).

(dowód: akta kontroli str. 353-354, 373-379)

4.4. Przekazywanie raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń AOS było zgodne z powołanym w poprzednim punkcie rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Komunikat xml przekazywany do DOW NFZ generowany był automatycznie, na podstawie zgromadzonych danych dotyczących osób oczekujących. Komunikaty xml przekazywane do NFZ zawierały wszystkie wymagane dane, w tym min. liczbę osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca. Dane zawarte w przekazywanych komunikatach były zgodne ze stanem faktycznym.

Według stanu na 30 czerwca 2014 r. średni czas oczekiwania wynosił 36 dni do poradni diabetologicznej i 44 dni do poradni kardiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 373-379)

Ogółem w 2012 r. do kolejki oczekujących (poradnia diabetologiczna oraz poradnia kardiologiczna) zostało wpisanych 2568 osób, z czego na wizytę nie zgłosiło się 819 osób (31,89%). W 2013 r. do ww. poradni do kolejki oczekujących wpisano 1103 osoby, z czego na wizytę nie zgłosiło się 420 osób (38,08%), w 2014 r. (I półrocze) do kolejki oczekujących wpisano 663 osoby, z czego nie zgłosiło się 326 osób (49,17%).

(dowód: akta kontroli str. 361)

Z-ca Kierownika Wydziału Marketingu i Rozwoju PCZ wyjaśniła, że Świadczeniodawca nie ma wpływu na odsetek osób nie zgłaszających się na zaplanowane konsultacje lekarskie. Jej zdaniem powodem nie zgłaszania się

⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹⁰ Posiedzenia zespołu ds. oceny przyjęć do lekarzy były protokołowane.

¹¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447.

pacjentów zarejestrowanych do poradni diabetologicznej i kardiologicznej (wpisanych do kolejki oczekujących do tych poradni) było zapisanie się do wielu przychodni na kolejkę oczekujących, a następnie wybranie najszybszego terminu i nie powiadomienie o tym PCZ, zapisanie się na kolejkę oczekujących a następnie zapomnienie o terminie wizyty albo zapisanie się na kolejkę oczekujących ale ze względów losowych rezygnacja z wizyty bez powiadomienia o zaistniałym fakcie.

(dowód: akta kontroli str. 479-480)

4.5. PCZ informowało świadczeniobiorców o konieczności powiadomienia Świadczeniodawcy o rezygnacji lub niemożności skorzystania z wizyty lekarskiej w uzgodnionym terminie w momencie wpisywania na listę oczekujących. Otrzymywali stosowną kartkę, na której wyszczególniono termin wizyty oraz zapisano nr telefonu kontaktowego i pouczenie o konieczności poinformowania Świadczeniodawcy o rezygnacji z wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 353-354, 438-440)

4.6. PCZ zapewniał dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym, wymienionym w art. 43 ust. 1 oraz art. 47c, powołanej wcześniej ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, tj. inwalidom wojennym, inwalidom wojskowym, kombatanom zasłużonym honorowym dawcom krwi oraz zasłużonym dawcom przeszczepu,. Ww. osoby były wpisywane poza kolejnością na pierwszy wolny termin. Informacja o przedmiotowych uprawnieniach była ogólnie dostępna w rejestracji poradni. Zasady udzielania świadczeń medycznych poza kolejnością zostały opisane w Procedurze PKOL1 – udzielanie świadczeń medycznych w PCZ – poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str. 348-350, 353-354, 370)

Ustalone
nieprawidłowości

PCZ nie udostępniał świadczeń AOS w zakresie diabetologii i kardiologii zgodnie z harmonogramami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS. Wzmiankowane harmonogramy, stosownie do § 11 ust. 5 zarządzeń Prezesa NFZ nr 81/2011/DSOZ z 4 listopada 2011 r. (obowiązującym do końca 2012 r.) oraz nr 71/2012/DSOZ z dnia 7 listopada 2012 r. (mającym zastosowanie dla umów zawieranych od 2013 r.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS - ustalały świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diabetologii i kardiologii przez co najmniej trzy dni w tygodniu i przez nie mniej niż 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w godzinach przedpołudniowych między 7:30 a 14:00 oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między 14:00 a 20:00.

Tymczasem z ksiąg przyjęć pacjentów w poradniach diabetologicznej i kardiologicznej (w przypadku dziewięciu wybranych do kontroli miesięcy 2012 r., 2013 r. oraz I półrocza 2014 r.¹²) wynikało, że:

- w siedmiu spośród dziewięciu kontrolowanych miesięcy poradnia diabetologiczna świadczyła usługi AOS raz w tygodniu przez 4,5 godziny, a w dwóch miesiącach raz w tygodniu w poniedziałki, z dodatkowym dniem, tj. raz w środę 8 maja 2013 r. i raz w środę 11 września 2013 r., tj. średnio w miesiącu co najwyżej 5,5 godziny tygodniowo, zamiast co najmniej przez 12,5 godziny. Z wyłączeniem wymienionych dni 8 maja 2013 r. oraz 11 września 2013 r. w ogóle nie świadczone usługi w godzinach przedpołudniowych,

¹² W 2012 r. skontrolowano dokumentację przyjęć pacjentów w październiku, listopadzie i grudniu, w 2013 r. w lutym, marcu i wrześniu, a w I półroczu 2014 r. w styczniu, kwietniu i czerwcu.

- w trzech¹³ na dziewięć kontrolowanych miesięcy poradnia kardiologiczna świadczyła usługi AOS raz w tygodniu przez 6 godzin (od 9:00 do 15:00) zamiast trzy razy w tygodniu przez 24 godziny. W ogóle w miesiącach tych nie świadczone usług zdrowotnych w godzinach popołudniowych.

(dowód: akta kontroli str.190-347, 373-428, 441-448, 484-581)

Wiceprezes Zarządu PCZ wyjaśniała, że lekarze w okresie objętym kontrolą byli obecni w poradniach zgodnie z harmonogramami zgłoszonymi do DOW NFZ. Jej zdaniem lekarze AOS świadczyli usługi w poradni diabetologicznej i kardiologicznej w wymiarze czasu jaki wynikał z harmonogramu czasu pracy zgłoszonego do DOW NFZ tj. byli obecni w pracy, natomiast pacjenci byli rejestrowani i przyjmowani zgodnie z zawartą umową z DOW NFZ do wysokości kontraktu. Rejestrowanie pacjentów w pełnym wymiarze, przy założeniu przeznaczenia 15 minut dla jednego pacjenta w porównaniu do wielkości zawartego kontraktu z DOW NFZ spowodowałoby generowanie nadwykonań w wysokości około trzykrotnej wartości zawartego kontraktu (wartość zobowiązania zawartego w umowie byłaby wykorzystana na świadczenia zdrowotne w okresie około 3-4 miesięcy) i generowałoby powstawanie zobowiązań i zadłużanie PCZ. Wiceprezes Zarządu PCZ podkreśliła, iż w odpowiedzi na składane do DOW NFZ wnioski o zapłatę nadwykonań, PCZ jest informowany o zobowiązaniu DOW NFZ do zapłaty za świadczenia do wysokości zawartej w umowie. W świetle obowiązujących Zarządzeń Prezesa DOW NFZ nie ma możliwości dostosowania harmonogramu przyjmowania pacjentów przez lekarzy adekwatnie do wysokości zawartej umowy.

(dowód: akta kontroli str. 471-480, 584-588)

NIK nie podziela przedstawionej w powołanych wyjaśnieniach argumentacji, jakoby do spełnienia zasad dostępności usług zdrowotnych w rodzaju AOS w zakresie kardiologii i diabetologii wystarczająca była obecność lekarzy specjalistów w PCZ w określonym w umowach z DOW NFZ czasie, bez faktycznego wykonywania w niektórych uzgodnionych w tych umowach dniach świadczeń zdrowotnych. Zdaniem NIK umowy zawarte z NFZ winny być realizowane na określonych w nich zasadach, tym samym pacjenci powinni mieć wybór terminu przyjęcia do poradni w dniach i godzinach określonych w umowach z DOW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS. W przypadku braku możliwości dotrzymania tych zasad, PCZ mógł dążyć do zmiany wzmiankowanych postanowień umownych, czego jednakże w badanym okresie nie podjął. O nieprzestrzeganiu harmonogramów pracy poradni kardiologicznej i diabetologicznej DOW NFZ nie był przy tym informowany.

(dowód: akta kontroli str. 441-448, 483-487)

Ocena częściowa

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

5. Rozliczanie umów o świadczenia AOS w latach 2012-2014 (I półrocze)

Opis stanu faktycznego

5.1. W badanym okresie PCZ realizował świadczenia medyczne z zakresu AOS na podstawie umów zawartych z DOW NFZ. W 2012 r. uzgodniono z NFZ realizację świadczeń AOS na kwotę 4.437,4 tys. zł, z tego świadczeń diabetologicznych na 40,1 tys. zł, a kardiologicznych na 118,4 tys. zł. W 2013 r. uzgodniono wykonywanie powyższych świadczeń na kwotę 4. 801,6 tys. zł, w tym diabetologicznych na 44,5

¹³ W październiku, listopadzie i grudniu 2012 r.

tys. zł, a kardiologicznych na 162,0 tys. zł, natomiast w 2014 r. odpowiednio na kwotę 4.615,2 tys. zł, 45,5 tys. zł oraz 144,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 441-453, 454-462)

Wartość zrealizowanych świadczeń w okresie objętym kontrolą wynosiła w 2012 r. 4.229,3 tys. zł – 95,3% wartości zawartej umowy, w 2013 r. 4.496,6 tys. zł – 93,6% wartości zawartej umowy, w 2014 r. (I półrocze) 2.305,2 tys. zł – 49,9% rocznej wartości zawartej umowy, z czego w poradni diabetologicznej odpowiednio w 2012 r. – 40,4 tys. zł, w 2013 r., 42,3 tys. zł, a w I półroczu 2014 r. - 18 562,50 zł, natomiast w poradni kardiologicznej w 2012 r. – 108,2 tys. zł, w 2013 r. – 139,1 tys. zł, a w I półroczu 2014 r. – 78,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 355-359, 441-448)

Wiceprezes Zarządu PCZ wyjaśniła, że głównym czynnikiem, który spowodował, że kontrakt z DOW NFZ nie został wykonany w całości, szczególnie w 2013 r., była słabsza frekwencja pacjentów w okresie zimowym. Średnio 25% pacjentów nie stawia się na wizyty specjalistyczne, nie informując o tym Świadczeniodawcy. W związku z tym Świadczeniodawca nie miał możliwości zrealizować świadczeń do wysokości kontraktu. Część pacjentów korzystała z porad specjalistycznych w PCZ, będąc w tym samym czasie w trakcie hospitalizacji zamkniętej u innego świadczeniodawcy, bądź w tym samym dniu skorzystał z porady ambulatoryjnej w tym samym zakresie u innego świadczeniodawcy. W takich wypadkach, po przeprowadzeniu weryfikacji DOW NFZ nie rozlicza wykonanego świadczenia na rzecz Świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 582a-588)

5.2. W latach 2012-2014 (I półrocze) PCZ w rodzaju AOS udzielił łącznie świadczeń 109 587 osobom (w 2012 r. 42 476 osobom, w 2013 r. 41 504 osobom i w I półroczu 2014 25 607 osobom), z tego w poradni diabetologicznej – 1.330 osobom (w 2012 r. – 513, w 2013 r. – 502 osobom, a w I półroczu 2014 r. – 315 osobom), natomiast w poradni kardiologicznej odpowiednio – 4.473 (1.477, 2.002 oraz 988).

Umowy były wykonywane z udziałem podwykonawców (wymienionych w załączniku do umowy). Zadania realizowane przez podwykonawców dotyczyły: badań histopatologicznych, badania z zakresu biochemii, immunochemii, analityki, mikrobiologii, cytologii, w zakresie badań tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego, badania w zakresie EMG, EEG, Densytometria 56/UM/2010; w zakresie kolposkopii, endoskopowe badania układu oddechowego (bronchoskopia i bronchofiberoskopia), angiografii fluoresceinowej.

(dowód: akta kontroli str. 453, 454-462)

5.3. W okresie objętym kontrolą Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny kontrolował PCZ siedmiokrotnie. Kontrole dotyczyły stanu sanitarnego placówki. W jednym przypadku, kontrolą z dnia 28 lutego 2014 r. (protokół z dnia 7 marca 2014 r.) – udzielono instruktażu dotyczącego prowadzenia dokumentacji procesów dezynfekcji i sterylizacji. Pismem z dnia 22 kwietnia 2014 r., PCZ poinformował o podjętych działaniach naprawczych, ponowna kontrola z dnia 14 maja 2014 r. nie wykazała nieprawidłowości.

Wojewódzki Państwowy Inspektor Sanitarny skontrolował PCZ w okresie objętym kontrolą jeden raz w zakresie stanu ochrony przed promieniowaniem jonizującym i elektromagnetycznym – nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 468-471)

5.4. Na Świadczeniodawcę nie nakładano kar umownych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

NIK zauważa, iż ze względu na niepełne, bo na poziomie 93,65%, wykorzystanie środków finansowych przyznanych na 2013 r., zasadnym jest dokonywanie weryfikacji działań planistycznych w celu realnego określenia potrzeb zdrowotnych oraz wykorzystania całości przyznanych środków finansowych na realizację świadczeń zdrowotnych na rzecz osób ubezpieczonych.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność PCZ w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴ (dalej: *ustawa o NIK*), wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w poradni diabetologicznej i kardiologicznej zgodnie z harmonogramem zgłoszonym do DOW NFZ.
2. Bieżące analizowanie realizacji umów z DOW NFZ celem przeciwdziałania niepełnemu ich wykonywaniu i zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.
3. Zapewnienie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.*
4. Dokumentowanie w kartach historii zdrowia i choroby pacjentów poradni kardiologicznej i diabetologicznej, wszystkich istotnych informacji i wyników badań, w tym m.in. pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, umożliwiających obserwację dynamiki zmian stanu zdrowia świadczeniobiorców.

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.

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.

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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 29 grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler nadzorujący:
Andrzej Skupiński
Doradca ekonomiczny

.....
Podpis

.....
Podpis