



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD – 4101-004-03-2013

P/13/129

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/13/129 – „Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku.

Kontrolerzy

Iwona Miklikowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86473 z 20 maja 2013 r.

(dowód: akta kontroli str.1-2)

Jednostka kontrolowana

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Chrobrego 10, 81-756 Sopot (dalej: „Przychodnia”).

Kierownik jednostki kontrolowanej

Ryszard Karpiński, Dyrektor Przychodni.

(dowód: akta kontroli str.3;113-115)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność Przychodni w okresie od 1 marca 2011 r. do 30 czerwca 2013 r. w zakresie udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: „NiŚOZ”).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę powyższą uzasadnia rzetelne sporządzenie przez Przychodnię ofert w postępowaniach konkursowych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie NiŚOZ, organizowanych przez Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku (dalej: „Oddział Funduszu”), prawidłowa organizacja udzielania takich świadczeń oraz realizacja – zawartych z Oddziałem Funduszu – umów o ich udzielanie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wiarygodność zgłoszonych warunków realizacji świadczeń NiŚOZ

Opis stanu faktycznego

1.1. Przychodnia zawarła z Oddziałem Funduszu dwie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie NiŚOZ (dalej: „umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ”), obejmujące badany okres:

– 14 marca 2011 r. na okres od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2012 r.:

Zgodnie z ww. umową m.in.: miesięczny ryczałt ustalono na 51.462,20 zł, a świadczeń udzielać miało dziewięciu lekarzy, z tego pięciu ze specjalizacją (po jednym w zakresie medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz wojskowej medycyny morskiej i tropikalnej) i czterech w trakcie specjalizacji, cztery pielęgniarki oraz siedmiu kierowców z uprawnieniami do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

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

Aneksami do ww. umowy z 30 grudnia 2011 r. i 28 grudnia 2012 r. przedłużono okres jej obowiązywania – odpowiednio – na 2012 r., a następnie do 28 lutego 2013 r. Ponadto aneksem z 30 grudnia 2011 r. zmniejszono o jednego lekarza (ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych) personel, mający udzielać świadczeń NiSOZ (lekarz z tą specjalizacją udzielał jednak świadczeń od 18 stycznia 2012 r., po zgłoszeniu przez Przychodnię odpowiedniej zmiany do Oddziału Funduszu) – miesięcznego ryczału nie zmieniano;

- 28 lutego 2013 r. na okres od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r.:

Zgodnie z ww. umową m.in.: miesięczny ryczałt ustalono na 55.907 zł, a świadczeń udzielać miało siedmiu lekarzy, z tego trzech ze specjalizacją (po jednym w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej oraz wojskowej medycyny morskiej i tropikalnej) i czterech w trakcie specjalizacji, sześć pielęgniarek oraz siedmiu kierowców z uprawnieniami do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

(Dowód: akta kontroli str.4-56;74-80)

Dane dotyczące zatrudnienia lekarzy, miejsca udzielania świadczeń i posiadanego wyposażenia w sprzęt medyczny, wykazane w formularzach ofertowych, złożonych przez Przychodnię w ramach postępowania konkursowego o udzielenie świadczeń na lata 2013 – 2015, były zgodne ze stanem faktycznym.

(Dowód: akta kontroli str.117-121)

W kontrolowanym okresie, zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń NiSOZ, Przychodnia udzielała takich świadczeń:

- bez udziału podwykonawców,
- wyłącznie z wykorzystaniem personelu wykazanego w tych umowach.

(Dowód: akta kontroli str.4-56;74-80)

1.2. Na podstawie oględzin stwierdzono, że Przychodnia spełniała wymogi, dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną do realizacji świadczeń NiSOZ, określone w załączniku Nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej², tj. posiadała m.in. aparat ekg, glukometr, zestawy: do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej i przeciwwstrząsowy, podstawowy zestaw reanimacyjny, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i ambulans do udzielania świadczeń w zakresie lekarskich porad wyjazdowych (ww. sprzęt i ambulans ujęto w załączniku „Harmonogram-zasoby” do umowy z 28 lutego 2013 r.).

(Dowód: akta kontroli str. 55;81-82;116)

1.3. Na podstawie oględzin stwierdzono, że Przychodnia spełniała wymagania określone w § 11 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³. Informacje dla pacjentów o udzielaniu świadczeń NiSOZ, umieszczone na drzwiach wejściowych Przychodni oraz obok miejsca rejestracji, zawierały dane o czasie udzielania tych świadczeń (zgodnym z określonym w § 2ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej⁴ – dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ”), a ponadto obok gabinetu lekarskiego wywieszono informację o zasadach ich udzielania oraz nazwisko lekarza pełniącego dyżur.

² Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.

³ Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁴ Dz. Urz. NFZ Nr 39, poz. 85 ze zm.

(Dowód: akta kontroli str.81-82)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie⁵ wiarygodność zgłoszonych Oddziałowi Funduszu warunków realizacji świadczeń NiŚOZ przez Przychodnię.

2. Organizacja udzielania świadczeń NiŚOZ

Opis stanu faktycznego

2.1. Zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń NiŚOZ Przychodnia zabezpieczała obszar o populacji do 50 tys. osób. Obszar ten obejmuje około 40 tys. mieszkańców.

Liczba zespołów dyżurujących utworzonych przez Przychodnię (jeden, w skład którego wchodził lekarz, pielęgniarka i kierowca samochodu osobowego z uprawnieniami do wykonywania medycznych czynności ratunkowych) była zgodna z ww. umowami i z minimalną liczbą takich zespołów dla ww. obszaru, wymaganą przepisami § 8 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ.

W badanym okresie w Przychodni świadczeń NiŚOZ:

- udzielano w jednym miejscu (w siedzibie Przychodni), zlokalizowanym na obszarze zabezpieczenia,
- nie udzielał lekarz pediatra.

(Dowód: akta kontroli 100)

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że lekarze udzielający świadczeń NiŚOZ przyjmują też dzieci niezależnie od wieku, a wysokość finansowania tych świadczeń nie pozwala na zatrudnienie dodatkowego lekarza pediatry.

(Dowód: akta kontroli str. 111-112)

2.2. W objętych badaniem miesiącach (marzec i maj 2013 r.) lekarze Przychodni pełnili dyżury w ramach udzielania świadczeń NiŚOZ zgodnie z „Harmonogramem dyżurów” i ustaleniami umowy o udzielanie takich świadczeń z dnia 28 lutego 2013 r. (świadczeń udzielało trzech lekarzy ze specjalizacją: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna i wojskowa medycyna morska i tropikalna oraz czterech lekarzy w trakcie specjalizacji).

(Dowód: akta kontroli str.101-104)

2.3. Przychodnia zlokalizowana jest w odległości około 200 m od stacji Szybkiej Kolei Miejskiej i od 50 m do 200 m od sześciu przystanków autobusowych miejskiej komunikacji autobusowej.

(Dowód: akta kontroli str.110)

2.4. Przychodnia podpisała na okres od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2013 r. umowę z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, Zakładem Diagnostyki Obrazowej „GORIS-MED” w Sopocie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Rentgenodiagnostyki – diagnostyki obrazowej (świadczenia realizowane są do godz. 20-tej) na potrzeby wszystkich jednostek organizacyjnych Przychodni, a ponadto umowę z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Miejską Stacją Pogotowia Ratunkowego w Gdyni (na czas nieokreślony - od 1 kwietnia 2011 r.) na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rentgenodiagnostyki (w godz. 18:00 – 8:00). Nie podpisano umowy na korzystanie w porze nocnej i w dniach świątecznych z usług laboratorium diagnostycznego.

⁵ Podobnie jak przy ocenie ogólnej, Najwyższa Izba kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Kontroli poddano wizyty pacjentów w okresie od grudnia 2012 r. do maja 2013 r. Nie stwierdzono w tym czasie wystawienia przez lekarzy skierowań do laboratorium diagnostycznego i na wykonanie rentgenodiagnostyki.

(Dowód: akta kontroli str.65-70;83-99;105-109)

2.5. W okresie objętym kontrolą:

- Przychodnia nie była kontrolowana przez Oddział Funduszu w zakresie udzielania świadczeń NiŚOZ;
- do Przychodni wpłynęły dwie skargi na udzielanie świadczeń NiŚOZ:
 - w dniu 30 maja 2012 r. na niewypisanie recepty na leki przyjmowane w chorobie przewlekłej – skargę uznano za niezasadną gdyż w ramach NiŚOZ nie można uzyskać ww. świadczenia. Skarżącą 18 czerwca 2012 r. poinformowano o obowiązujących w tym zakresie zasadach;
 - w dniu 31 maja 2012 r. na odmowę wykonania zastrzyku oraz żądanie opłaty w wysokości 15 zł za wykonanie ww. czynności. Postępowanie wyjaśniające prowadziło Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. Skargę uznano za niezasadną, o czym skarżącą poinformowano 4 stycznia 2013 r.

(Dowód: akta kontroli str.57-64, 71-73)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację udzielania świadczeń NiŚOZ przez Przychodnię.

3. Realizacja świadczeń NiŚOZ

Opis stanu faktycznego

3.1. W badanym okresie w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ udzielono:

- w 2011 r. (od 1 marca): 3.958 porad⁶ lekarskich i 3.711 świadczeń pielęgniarskich,
- w 2012 r.: 4.510 porad lekarskich i 2.705 świadczeń pielęgniarskich,
- w 2013 r. (do 30 czerwca): 2.388 porad lekarskich i 1.492 świadczenia pielęgniarskie.

Miesięcznie na jednego lekarza przypadło średnio: w 2011 r. 396 porad, w 2012 r. 376 porad, a w 2013 r. 398 porad, natomiast na jedną pielęgniarkę – odpowiednio – 371, 226 i 249 świadczeń.

W wybranych miesiącach badanego okresu, tj.:

- kwietniu, sierpniu i grudniu 2011 r.: najwięcej pacjentów zgłosiło się w sierpniu (390, w tym dzieci do jednego roku stanowiły 0,8%, a do lat trzech – 2,3%), a najmniej w grudniu (316). Średnio na dyżur w dniach poniedziałek-piątek zgłaszało się 30, a w dni wolne od pracy – 63 pacjentów;
- styczniu, czerwcu, wrześniu i grudniu 2012 r.: najwięcej pacjentów zgłosiło się w grudniu (475, w tym dzieci do jednego roku stanowiły 0,8%, a do lat trzech – 1,3%), a najmniej w styczniu i wrześniu (po 279). Średnio na dyżur w dniach poniedziałek-piątek zgłaszało się 23, a w dni wolne od pracy – 53 pacjentów;
- styczniu, marcu i maju 2013 r.: najwięcej pacjentów zgłosiło się w maju (396, w tym dzieci do jednego roku stanowiły 1,5%, a do lat trzech – 3%), a najmniej w maju (334 pacjentów). Średnio na dyżur w dniach poniedziałek-piątek zgłaszało się 30, a w dni wolne od pracy – 46 pacjentów.

⁶ Ambulatoryjnych i wyjazdowych.

(Dowód: akta kontroli str.133-137)

3.2. W okresie objętym kontrolą u pacjentów korzystających ze świadczeń NiSOZ najczęściej diagnozowano choroby układu: oddechowego (w poszczególnych latach odpowiednio 35%, 30% i 31% pacjentów), krążenia (odpowiednio 10%, 11% i 10% pacjentów), nerwowego (po 7% pacjentów) i trawiennego (po 3% pacjentów).

(Dowód: akta kontroli str.139-141)

Z wyjaśnień Dyrektora Przychodni wynika, że w badanym okresie każdy zgłaszający się pacjent został przyjęty przez lekarza.

(Dowód: akta kontroli str.111-112)

3.3. Wezwania w zakresie NiSOZ przyjmowane były w badanym okresie przez dyspozytora medycznego w Centrum Powiadamiania Ratunkowego, mieszczącym się poza Przychodnią – w siedzibie Państwowej Straży Pożarnej w Sopocie.

W poszczególnych latach kontrolowanego okresu Przychodnia zrealizowała odpowiednio: 442, 604 i 323 wezwania do domu pacjenta, tj. odpowiednio 44, 50 i 54 wezwania miesięcznie.

(Dowód: akta kontroli str.138)

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że nie odmawiano udzielenia świadczenia NiSOZ, dlatego nie prowadzono rejestracji odmów. Dyspozytor medyczny dokonywał weryfikacji wezwania, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości przekierowywał rozmowę do lekarza dyżurnego, który decydował o formie realizacji wezwania – wyjazd do domu chorego czy porada telefoniczna. Jeżeli dyspozytor na podstawie zebranego wywiadu stwierdził zagrożenie życia lub zdrowia uruchamiał procedurę wyjazdową zespołu ratownictwa medycznego. Natomiast w sytuacji konieczności wyjazdu lekarza do chorego, pacjenci zgłaszający się do Przychodni musieli czekać na jego powrót. Na miejscu przebywała dyżurna pielęgniarka, która mogła wykonać w tym czasie EKG, zmierzyć ciśnienie, wpisać pacjenta do książki porad ambulatoryjnych.

(Dowód: akta kontroli str.111-112)

3.4. Wyniki przeprowadzonego w trakcie kontroli badania ankietowego:

- 15 pacjentów Przychodni, którzy skorzystali ze świadczeń (wypełnione ankiety przekazało 15 pacjentów, spośród 50, do których je wysłano) przedstawia poniższe zestawienie:

Pytanie	Liczba odpowiedzi	%
1. Z jakich środków transportu korzysta/korzystał/a Pan/i aby uzyskać świadczenia NiSOZ?	15	100,0
pieszo	4	26,7
komunikacja miejska	0	0,0
transport prywatny	9	60,0
inny	2	13,3
2. Jak Pan/i ocenia dostępność miejsca pod względem możliwości komunikacji z miejscem, w którym obecnie Pan/i mieszka?	15	100,0
dobrze	13	86,7
źle	2	13,3
3. Jak długo oczekuje/oczekiwał/a Pan/i na udzielenie świadczenia NiSOZ?	15	100,0
do 30 minut	10	66,7
do godziny	2	13,3
do 2 godzin	1	6,7
powyżej 2 godzin	2	13,3
4. Czy schorzenie, z powodu którego zgłasza/zgłosił/a się Pan/i do NiSOZ jest/było zdarzeniem nagłym?	15	100,0
tak	14	93,3
nie	1	6,7
4.1 Jeżeli nie, jak długo trwało?	1	100,0
do 3 dni	1	100,0
od 3 dni do tygodnia	0	0,0
powyżej tygodnia	0	0,0
5. Czy uzyskał/a Pan/i oczekiwaną pomoc?	15	100,0
tak	14	93,3

Pytanie	Liczba odpowiedzi	%
nie	1	6,7
5.1. Jeżeli nie, dlaczego?	1	100,0
lekarz nie wystawił recepty, której oczekiwałam/oczekiwałem	0	0,0
stan zdrowia nie uległ poprawie	1	
inne przyczyny	0	0,0
6. Czy po raz pierwszy po 1 marca 2011 r. korzystał/korzystała Pan/i ze świadczeń udzielanych w ramach NiSOZ?	15	100,0
tak	9	60,0
nie	6	40,0
6.1. Jeżeli nie, czy w porównaniu z poprzednią wizytą zauważył/a Pani/i zmianę w odniesieniu do sposobu udzielania świadczeń i czasu oczekiwania?	6	100,0
tak	2	33,3
nie	4	66,7
6.1.1. Jeżeli tak, uzasadnić czy:	2	100,0
lekarz okazał większe zrozumienie i zainteresowanie stanem pacjenta	1	50,0
informacje dotyczące stanu pacjenta i przebiegu leczenia były przekazywane przez lekarza w sposób bardziej zrozumiały	2	100,0
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia był krótszy	1	50,0

– 46 mieszkańców Sopotu (wypełnione ankiety przekazało 46, spośród 200, do których je wysłano) przedstawia poniższe zestawienie:

Pytanie	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
1. Czy korzystał/a Pan/i ze świadczeń NiSOZ po 1 marca 2011 r.?	46	100,0%		
tak	17	37,0%		
nie			29	63,0
2. Czy orientuje się Pan/i, gdzie można skorzystać ze świadczenia NiSOZ?			29	100,0
tak			21	72,4
nie			8	27,6
3. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i gdzie w najbliższej okolicy udzielane są świadczenia NiSOZ?	17	100,0%	21	100,0
ogłoszenie	10	58,8%	12	57,1
inne osoby	3	17,6%	4	19,0
internet	2	11,8%	4	19,0
inny	2	11,8%	1	4,8
nazwę podało:	12	70,6%	10	47,6
4. Jaką odległość musi Pan/i pokonać, aby uzyskać świadczenie NiSOZ?	17	100,0%	21	100,0
do 0,5 km	7	41,2%	5	23,8
od 0,5 km do 1 km	3	17,6%	7	33,3
od 1 km do 2 km	1	5,9%	4	19,0
ponad 2 km	6	35,3%	5	23,8
5. Z jakich środków transportu korzystał/a Pan/i aby uzyskać te świadczenia?	17	100,0%	21	100,0
pieszo	9	52,9%	7	33,3
komunikacja miejska	2	11,8%	6	28,6
transport prywatny	6	35,3%	5	23,8
inny	0	0,0%	3	14,3
6. Czy uważa Pan/i, że miejsce udzielania świadczeń jest dobrze skomunikowane z otoczeniem (połączenia komunikacyjne w święta i w godzinach nocnych) i z miejscem Pana/Pani zamieszkania?	17	100,0%	21	100,0
tak	13	76,5%	14	66,7
nie	4	23,5%	7	33,3

– 17 osób, wykazanych w powyższej tabeli, które korzystały ze świadczeń NiSOZ realizowanej przez Przychodnię po 1 marca 2011 r. przedstawia poniższe zestawienie:

Pytanie	Liczba odpowiedzi	%
7. Czy odmówiono Panu/Pani świadczeń NiSOZ?	17	100,0
nie	14	82,4
tak	3	17,6
7.1. Jeżeli tak, jaki był powód odmowy?	3	100,0
rejonizacja	0	0,0
rodzaj choroby	2	66,7
inne	1	33,3
8. Czy zgłaszał/a Pan/i wizytę domową jako świadczenie NiSOZ?	17	100,0
nie	15	88,2
tak	2	11,8
8.1. Jeżeli tak, czy kiedykolwiek odmówiono przyjęcia takiego zamówienia?	2	100,0
nie	1	50,0
tak	1	50,0
8.1.1. Jeżeli tak, jaki był powód odmowy?	1	100,0
brak transportu dla lekarza	0	0,0
dużo pacjentów oczekujących w poczekalni	0	0,0

Pytanie	Liczba odpowiedzi	%
nieuzasadniona, wg osoby przyjmującej zgłoszenie, przyczyna wezwania	1	100,0
inne	0	0,0
9. Czy składał/a Pan/i skargę do kierownika Przychodni lub Oddziału Funduszu na nieudzielenie świadczenia NiSOZ lub odmowę przyjęcia zgłoszenia wezwania do domu pacjenta?	17	100,0
nie	17	100,0
tak	0	0,0
10. Czy schorzenie, z powodu którego zgłasza/zgłosił/a się Pan/i do NiSOZ jest/było zdarzeniem nagłym?	17	100,0
tak	14	82,4
nie	3	17,6
10.1. Jeżeli nie, jak długo trwało?	3	100,0
do 3 dni	1	33,3
od 3 dni do tygodnia	0	0,0
powyżej tygodnia	2	66,7
11. Czy uzyskał/a Pan/i oczekiwaną pomoc?	17	100,0
tak	14	82,4
nie	3	17,6
11.1. Jeżeli nie, dlaczego?	3	100,0
lekarz nie wystawił recepty, której oczekiwałam/oczekiwałem	0	0,0
stan zdrowia nie uległ poprawie	0	0,0
inne przyczyny	3	100,0

(Dowód: akta kontroli str. 163-273)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację świadczeń NiSOZ przez Przychodnię.

4. Rozliczenia umów zawartych z Oddziałem Funduszu na realizację świadczeń NiSOZ

Opis stanu faktycznego

- 4.1. W okresie objętym kontrolą umowy o udzielanie świadczeń NiSOZ zmieniano:
- w 2011 r. (od 1 marca) czterokrotnie (zmiany dotyczyły dwukrotnie stanu zatrudnienia, dwukrotnie zagadnień wynikających z wprowadzenia nowych zarządzeń Prezesa NFZ, a jeden raz – określenia wysokości finansowania świadczeń w 2012 r.),
 - w 2012 r. czterokrotnie (zmiany dotyczyły dwukrotnie stanu zatrudnienia, a po jednym razie: ostatecznego rozliczenia umowy za okres od marca do grudnia 2011 r., określenia wysokości finansowania świadczeń w miesiącach styczeń-luty 2013 r. oraz rozliczenia rzeczywistych kosztów w 2012 r. za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E125 – zwiększono należność z tego tytułu do 618.276,40 zł),
 - w 2013 r. trzykrotnie (zmiany dotyczyły dwukrotnie stanu zatrudnienia, a jeden raz zmiany załącznika, dotyczącego wykazu świadczeń dla sprawozdań z realizacji ww. umów).

Zgłaszanie wszelkich zmian odbywało się wyłącznie drogą elektroniczną.

(Dowód: akta kontroli str.142-162)

4.2. Kwoty ryczałtu miesięcznego za udzielanie świadczeń NiSOZ, określone w umowach o udzielanie takich świadczeń w badanym okresie opisano w punkcie 1.1. wystąpienia.

Z wyjaśnień Dyrektora Przychodni wynika, że Przychodnia nie posiada wiedzy, czy ilość pacjentów przyjmowanych przez lekarzy w ramach NiSOZ w poprzednich okresach miała znaczenie przy wyliczeniach wysokości ryczałtu przez Oddział Funduszu.

(Dowód: akta kontroli str.122-123)

4.3. W okresie objętym kontrolą Przychodnia przekazywała do Oddziału Funduszu informacje o zrealizowanych świadczeniach w terminie do dnia 10 po upływie każdego miesiąca, tj. w terminie określonym w § 9 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ.
(Dowód: akta kontroli str.124-131)

4.4. W okresie objętym kontrolą z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ Przychodnia otrzymała łącznie 1.300.453 zł (z tego za 2011 r. 514.487 zł, za 2012 r. 515.352 zł i za 2013 r. do maja 270.614 zł), w terminach określonych w ww. umowach, tj. w ciągu 15 dni po dostarczeniu przez Przychodnię dokumentów rozliczeniowych do Oddziału Funduszu (za wyjątkiem należności za październik 2012 r., otrzymała sześć dni po terminie).

(Dowód: akta kontroli str.132)

4.5. W badanym okresie Przychodnia nie była kontrolowana przez Oddział Funduszu w zakresie realizacji świadczeń NiŚOZ. Nie była również obciążana karami umownymi z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

(Dowód: akta kontroli str.71-73;132)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba kontroli ocenia pozytywnie rozliczanie się przez Przychodnię z umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK⁷ 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 Gdańsku.

Gdańsk, dnia września 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Kontroler
Iwona Miklikowska
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis

⁷ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).