



Републички фонд за здравствено осигурање

Јована Мариновића бр. 2, 11040 Београд, Србија, тел: 381 11 2053-830; факс: 381 11 2645-042
e-mail: public@rfzo.rs ПИБ бр. 101288707 мат. бр. 06042945 рач. бр. 840-26650-09

Сектор за контролу

05 број:450-4553/15-1
15.01.2016. године

На основу члана 187. и 212. тачка 15) Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", број: 107/05, 109/05-исправка, 57/11, 110/12, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14-одлука УС и 106/15), члана 28. тачка 10) и тачка 11) Статута Републичког фонда за здравствено осигурање („Службени гласник РС", број: 81/11, 57/12, 89/12, 1/13, 32/13 и 23/15), члана 11. Правилника о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга („Службени гласник РС", број 72/13) и Решења о образовању комисије за вршење контроле в.д. директора Републичког фонда за здравствено осигурање, 05 број: 450-4553/15 од 21.08.2015. године извршена је контрола у Војномедицинској академији Београд и сачињен је:

ЗАПИСНИК О ИЗВРШЕНОЈ КОНТРОЛИ У ВОЈНОМЕДИЦИНСКОЈ АКАДЕМИЈИ БЕОГРАД

I Контролу су извршила службена лица-надзорници осигурања Републичког фонда за здравствено осигурање:

1. др рн Љиљана Радуловић,
2. др Зорана Дугић,
2. Јасмина Самарџић - дипломирани правник.

II Седиште контролисаног субјекта је у Београду, улица Црнотравска 17, са подацима:

- ПИБ је 102116082;
- шифра делатности је 8422;
- матични број регистра је 07093608;

III Одговорно лице за период вршења контроле је:

1. бригадни генерал проф. др Маријан Новаковић, који је до 31.12.2014. године обављао послове начелника Војномедицинске академије и
2. пуковник проф. др Зоран Шегрт, који почев од 01.01.2015. године обавља послове начелника Војномедицинске академије.

Контроли су присуствовали и потребну документацију дали на увид:

- др Драган Ђорђевић, начелник Сектора за лечење,
- Бранкица Милуновић, медицински техничар Клинике за хематологију,
- Весна Вујак, медицински техничар Клинике за хематологију,
- Марија Драшковић, медицински техничар Клинике за хематологију,
- Јелена Панић, медицински техничар Клинике за реуматологију,
- Мирјана Проле, медицински техничар Клинике за урологију,
- Снежана Манојловић, медицински техничар Клинике за пулмологију,

- Весна Давидовић, медицински техничар Клинике за гастроентерологију и хепатологију,
- Бранислав Митровић, начелник Центра за информационе системе,
- Зорица Нановић, запослена у Центру за информационе системе,
- Нада Регоје, начелник Одељења за финансије.

IV Предмет контроле је остваривање права осигураних лица на здравствену заштиту у периоду од 01.01.2014. године до момента контроле.

V Контрола је вршена у периоду 24.08-31.08.2015. године и дана 03.09.2015. године у Војномедицинској академији и настављена у Републичком фонду за здравствено осигурање.

VI Контрола је вршена у складу са важећим законским прописима и одговарајућим одлукама и актима Републичког фонда за здравствено осигурање.

У поступку контроле коришћена је следећа документација:

- Уговор о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2014. годину, 01 број: 450-648/13 од 25.12.2013. године;
- Уговор о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2015. годину, 01 број: 450-706/14 од 30.01.2015. године;
- медицинска документација осигураних лица;
- подаци о осигураним лицима за која су од стране Војномедицинске академије у периоду 01.01.2014-31.07.2015. године фактурисане услуге здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања, добијени из апликативног софтвера Републичког фонда за здравствено осигурање;

На основу увида у наведену документацију даје се следећи

НАЛАЗ

Војномедицинска академија Београд (у даљем тексту ВМА) је у складу са одредбама Уговора о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2014. годину, 01 број: 450-648/13 од 25.12.2013. године и Уговора о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2015. годину, 01 број: 450-706/14 од 30.01.2015. године, у обавези да пружа здравствену заштиту осигураним лицима у складу са Законом, као и да све услуге пружене осигураним лицима евидентира у прописаним евиденцијама. У складу са чланом 6. уговора здравствена установа је у обавези да прими осигурано лице на стационарно лечење и специјалистички преглед по упуту изабраног лекара примарне здравствене заштите, односно уз сагласност надлежне лекарске комисије, осим у хитним случајевима.

Осигурана лица Републичког фонда за здравствено осигурање остварују право на специјалистичко-консултативну здравствену заштиту и стационарно лечење у складу са одговарајућим одредбама Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, број 107/05, 109/05-исправка, 57/11, 110/12, 119/12, 99/14, 123/14 и 126/14-одлука УС) и Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС”, број 10/10, 18/10- исправка, 46/10, 52/10- исправка, 80/10, 60/11- Одлука УС и 1/13).

У складу са чланом 37. став 1. тачка 5. и 7. Закона о здравственом осигурању оболелим, односно повређеним осигураним лицима, у зависности од медицинских индикација и стручно-методолошких и доктринарних ставова, обезбеђују се амбулантни прегледи и лечење код специјалисте и здравственог сарадника, по упуту изабраног лекара и стационарно лечење када је оправдано и медицински неопходно, које обухвата прегледе и лечење од стране лекара

специјалисте, медицинску негу, смештај у заједничкој соби или соби интензивне неге и исхрану, односно специфичну дијету у стационарној здравственој установи.

Чланом 39-42. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања утврђен је начин и поступак остваривања права осигураних лица на специјалистичко-консултативну здравствену заштиту.

У складу са чланом 39. став 1. поменутог Правилника, специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује у најближој здравственој установи на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара.

Чланом 40. истог Правилника прописано је да са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику који су потребни да би лекар специјалиста поставио дијагнозу, односно сачинио лекарски извештај, а који се могу пружити у тој здравственој установи, као и на контролне прегледе у року од шест месеца од дана првог јављања лекару специјалисти у тој здравственој установи. Право на специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику осигурано лице остварује на основу интерних упута лекара специјалиста по чијим захтевима се обављају специјалистичко-консултативни прегледи, односно неопходна дијагностика.

Чланом 43-45. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања утврђен је начин и поступак остваривања права осигураних лица на стационарно лечење. Чланом 43. став 1. и 2. Правилника прописано је да осигурано лице са упутом изабраног лекара остварује право на стационарно лечење у најближој здравственој установи на подручју филијале док изузетно, пружање хитне медицинске помоћи и наставак лечења после пружене хитне медицинске помоћи, осигурано лице остварује и без упута изабраног лекара. Ставом 4-5. наведеног члана је прописано да осигурано лице остварује здравствену услугу хемиотерапије, односно радиотерапије, у здравственој установи у стационарним условима или у дневној болници, на основу упута који издаје изабрани лекар. Упут за хемиотерапију, односно радиотерапију, важи за све време док се осигураном лицу пружа здравствена услуга хемиотерапије, односно радиотерапије у истој здравственој установи, без обзира на број и динамику циклуса хемиотерапије, односно радиотерапије.

Чланом 44. став 2. поменутог Правилника утврђено је да ће осигурано лице бити примљено на стационарно лечење у здравствену установу у коју је упућено само уколико је то медицински неопходно, односно оправдано, а адекватно лечење не може да се пружи у амбулантним или кућним условима, док је ставом 3. истог члана предвиђено да је здравствена установа, у коју је осигурано лице упућено на стационарно лечење, дужна да осигурано лице прими одмах, а ако то није могуће да закаже пријем на лечење и осигурано лице стави на листу заказивања и одреди датум пријема на лечење, с тим да време чекања на пријем не може да буде такво да угрози здравље или живот осигурног лица. Ставом 4. наведеног члана је утврђено да је здравствена установа дужна да, уколико није могла да прими на лечење осигурано лице које је имало заказан пријем, осигураном лицу закаже поновни пријем на лечење најкасније у року од 30 дана од дана отказаног пријема.

Чланом 44а Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања прописано је да ако здравствена установа код које се осигурано лице налази на стационарном лечењу не може да пружи одговарајуће здравствене услуге неопходне за постављање дијагнозе и лечење осигураног лица, дужна је да осигураном лицу обезбеди у другим здравственим установама одговарајућу дијагностику и специјалистичко-консултативне прегледе.

Здравствена заштита коју осигурано лице остварује ван подручја матичне филијале регулисана је чланом 46. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања којим је прописано да када изабрани лекар оцени да осигураном лицу не може да се обезбеди одговарајућа здравствена заштита у здравственој установи на подручју матичне филијале, дужан је да изда упут за најближу одговарајућу здравствену установу ван подручја матичне филијале која може да пружи здравствену заштиту осигураном лицу, а на упуту лекарска комисија матичне филијале даје претходну сагласност, осим у хитним случајевима. Када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале као хитан случај без упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске

комисије матичне филијале, односно претходне овере матичне филијале, здравствена установа је дужна у року од три дана од дана пријема осигураног лица на лечење да затражи сагласност лекарске комисије матичне филијале за наставак лечења.

Чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања утврђен је начин заказивања специјалистичко-консултативних прегледа. У складу са чланом 66. Правилника, здравствена установа са којом је матична филијала закључила уговор, дужна је да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања у смислу члана 64. став 3. овог правилника, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се у здравственој установи не може обавити одмах по јављању осигураног лица на преглед. О заказаним прегледима здравствена установа води књигу заказивања са личним подацима и термином у коме осигурано лице треба да се јави на заказани преглед. Сходно члану 68. Правилника, осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року из члана 66. овог правилника, здравствена установа је дужна да на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му изда писану потврду. Потврда садржи писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију. Поменуту Потврду потписује директор здравствене установе, односно лице које он овласти.

У ВМА је извршена контрола остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту у складу са законским и подзаконским прописима којима је регулисано остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

У поступку контроле извршен је увид у медицинску документацију 35 осигураних лица одабраних методом случајног узорка (31 осигурано лице за која је ВМА, у периоду 01.01.2014-31.07.2015. године, фактурисала услуге здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања и 4 осигурана лица која су се у моменту вршења контроле налазила на стационарном лечењу у ВМА). Контрола је извршена у клиникама ове здравствене установе у оквиру којих су осигурана лица Републичког фонда остваривала право на здравствену заштиту, и то: Клиници за хематологију, Клиници за реуматологију, Клиници за урологију, Клиници за пулмологију и Клиници за гастроентерологију и хепатологију. Такође, контрола је извршена и у Специјалистичкој поликлиници.

1. Клиника за хематологију- Према подацима добијеним у поступку контроле, у овој Клиници осигурана лица остварују право на стационарно лечење уз претходно заказане пријеме. Пријем осигураних лица на стационарно лечење у Клинику за хематологију врши се када лекар индикује, а планирани термин пријема се евидентира у интерној евиденцији-календар за текућу годину. На основу увида у календар за 2015. годину утврђено је да се у истом евидентира име и презиме осигураног лица и датум планираног пријема.

У поступку контроле у Клиници за хематологију извршен је увид у медицинску документацију 11 осигураних лица (осигурана лица ЈМБГ ██████████, ЈМБГ ██████████ и ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Сремски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Севернобанатски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Подунавски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Поморавски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Колубарски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Шумадијски округ, осигурано лице ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за Нишавски округ, осигурана лица ЈМБГ ██████████ и ЈМБГ ██████████ са подручја Филијале за град Београд), која су у контролисаном периоду стационарно лечена у овој Клиници, и том приликом је утврђено следеће:

- Контролисана осигурана лица стационарно су лечена у Клиници за хематологију на основу упута изабраног лекара, односно на основу Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, с тим да је осигурано лице ЈМБГ ██████████ први пут на стационарно лечење у Клинику примљено

преко Центра за хитну помоћ. За наведено осигурано лице првостепена лекарска комисија матичне филијале донела је Оцену о сагласности за наставак лечења у случају када је осигурано лице примљено као хитан случај ван подручја матичне филијале.

2. Клиника за реуматологију- Према подацима добијеним у поступку контроле, у овој Клиници осигурана лица остварују право на стационарно лечење уз претходно заказане пријеме. Заказивање пацијената за стационарно лечење се врши у интерној књизи заказивања. Увидом у наведену књигу заказивања утврђено је да се у истој евидентира датум планираног пријема, као и датум када се осигурано лице јавило ради заказивања пријема. Заказивање стационарног лечења се врши на основу расположивих капацитета, као и на основу планираних термина примене терапије. За осигурана лица која долазе на стационарно лечење у дневну болницу, у вези са применом биолошке терапије, свака наредна хоспитализација се заказује приликом отпуста, а евиденција о заказаним терминима се води ван интерне књиге заказивања (постоје посебни спискови са именима осигураних лица и датумима наредне хоспитализације).

У поступку контроле у Клиници за реуматологију извршен је увид у медицинску документацију 5 осигураних лица (осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Сремски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Поморавски округ, осигурана лица ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Шумадијски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за град Београд), која су у контролисаном периоду стационарно лечена у овој Клиници првенствено ради примене биолошке терапије, и том приликом је утврђено следеће:

- Контролисана осигурана лица, која су имала заказани пријем, стационарно су лечена у Клиници за реуматологију на основу упута изабраног лекара, односно на основу Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, а у циљу наставка лечења које је започето пре контролисаног периода;

- Осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] је у контролисаном периоду једанпут примљено на стационарно лечење преко Центра за хитну помоћ ВМА, а једанпут је директно преведено из здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите. У оба поменута случаја првостепена лекарска комисија матичне филијале је донела позитивне оцене у вези са лечењем осигураног лица ван подручја филијале.

- Код свих контролисаних осигураних лица биолошка терапија је примењена на основу одговарајућих одлука комисије Републичког фонда за здравствено осигурање за одобравање употребе лекова etanercept, infliximab, rituximab, adalimumab, tocilizumab и golimumab.

3. Клиника за урологију- Према подацима добијеним у поступку контроле, у овој Клиници осигурана лица остварују право на стационарно лечење уз претходно заказане пријеме. Заказивање пацијената за стационарно лечење се врши преко два кабинета за амбулантне прегледе која су у склопу Клинике за урологију, а евиденција се води у интерној књизи заказивања.

У поступку контроле у Клиници за урологију извршен је увид у медицинску документацију 3 осигурана лица (осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Браничевски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Пчињски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за град Београд), која су у контролисаном периоду стационарно лечена у овој Клиници, и том приликом је утврђено следеће:

- Осигурана лица ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] стационарно су лечена у Клиници за урологију на основу упута изабраног лекара, односно на основу Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале.

- Осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] први пут је хоспитализовано у Клиници за урологију у периоду од 24.02.2015. године до 09.03.2015. године. Увидом у медицинску документацију осигураног лица утврђено је да се у истој налази извештај Центра за хитну медицинску помоћ ВМА од 24.02.2015. године у којем је наведено да је пацијент упућен са Кабинета и да се прима

на Клинику за урологију по одобрењу старијег дежурног уролога. Имајући у виду да је надзорницима осигурања у поступку контроле дат на увид упут изабраног лекара од 30.01.2015. године, као и позитивна Оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, број 815 од 02.02.2015. године, нејасан је разлог пријема осигураног лица на стационарно лечење у Клинику за урологију дана 24.02.2015. године преко Центра за хитну медицинску помоћ ВМА.

4. Клиника за пулмологију - Према подацима добијеним у поступку контроле, у овој Клиници осигурана лица остварују право на стационарно лечење уз претходно заказивање. Заказивање пријема на стационарно лечење се врши у Кабинету за пулмологију и уписује у интерну књигу заказивања пријема пацијената на стационарно лечење.

У поступку контроле у Клиници за пулмологију извршен је увид у медицинску документацију 3 осигурана лица (осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Златиборски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Рашки округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за град Београд), која су стационарно лечена у контролисаном периоду у овој Клиници, и том приликом је утврђено следеће:

- Осигурана лица ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] стационарно су лечена у Клиници за пулмологију на основу упута изабраног лекара, односно на основу Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, док је осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] стационарно лечено на основу Здравственог листа ИНО-1 (Конвенција о социјалном осигурању са Немачком).
- Осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] први пут је хоспитализовано у овој Клиници у периоду од 15.01.2015. године до 03.02.2015. године. Увидом у медицинску документацију осигураног лица утврђено је да се у истој налази извештај Центра за хитну медицинску помоћ ВМА од 15.01.2015. године у којем је наведено да се осигурано лице прима на Клинику за пулмологију као хитан пријем у договору са професором. Имајући у виду да је надзорницима осигурања у поступку контроле дат на увид упут изабраног лекара од 06.01.2015. године, као и позитивна Оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, број 54 од 06.01.2015. године, нејасан је разлог пријема осигураног лица на стационарно лечење у Клинику за пулмологију дана 15.01.2015. године преко Центра за хитну медицинску помоћ ВМА.

5. Клиника за гастроентерологију и хепатологију - Према подацима добијеним у поступку контроле, у овој Клиници осигурана лица остварују право на стационарно лечење уз претходно заказане пријеме. Пријем осигураних лица на стационарно лечење Клинике за гастроентерологију и хепатологију врши се када лекар индикује, а планирани термин пријема се евидентира у интерну књигу заказивања. Увидом у интерну књигу заказивања за 2015. годину утврђено је да је на дан 28.08.2015. године први слободан термин за заказивање стационарног лечења био 07.09.2015. године.

У поступку контроле у Клиници за гастроентерологију и хепатологију извршен је увид у медицинску документацију 13 осигураних лица (осигурана лица ЈМБГ [REDACTED], ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Сремски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Подунавски округ, осигурана лица ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Поморавски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Зајечарски округ, 1 осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Златиборски округ, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале Нови Пазар, осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за Пчињски округ, осигурана лица ЈМБГ [REDACTED], ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED] са подручја Филијале за град Београд), која су у контролисаном периоду стационарно лечена у овој Клиници, и том приликом је утврђено следеће:

- Контролисана осигурана лица, која су имала заказани пријем, стационарно су лечена у Клиници за гастроентерологију и хепатологију на основу упута изабраног лекара, односно на основу Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, осим осигураних лица ЈМБГ [REDACTED] и ЈМБГ [REDACTED]

која су на стационарно лечење у Клинику примљена преко Центра за хитну помоћ. За наведена осигурана лица првостепена лекарска комисија матичне филијале донела је Оцену о сагласности за наставак лечења у случају када је осигурано лице примљено као хитан случај ван подручја матичне филијале.

- За три контролисана осигурана лица (ЈМБГ [REDACTED], ЈМБГ [REDACTED], ЈМБГ [REDACTED]) у Клиници за гастроентерологију и хепатологију пружане су услуге здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања, као и здравствене услуге у оквиру клиничке студије Pliant. Здравствене услуге пружене наведеним осигураним лицима у оквиру поменути клиничке студије нису фактурисане на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

- Осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] (ЛБО [REDACTED]) је у току стационарног лечења од 27.05.2015. године до 26.06.2015. године привремено отпуштано из здравствене установе за време викенда, и то у периодима 30.05-31.05.2015. године, 06.06-07.06.2015. године, 13.06-14.06.2015. године и 20.06-21.06.2015. године. За наведено осигурано лице је за стационарно лечење у периоду 27.05-26.06.2015. године на терет средстава обавезног здравственог осигурања фактурисано 30 БО дана, што је за 8 БО дана више у односу на број дана пружених услуга стационарног лечења евидентирањих у медицинској документацији. Из наведеног произилази да је за осигурано лице ЈМБГ [REDACTED] на терет средстава обавезног здравственог осигурања ВМА фактурисала услугу БО дан (шифра услуге BD0300), у укупном износу од 12.363,20 динара, у супротности са Упутством за фактурисање здравствених услуга, лекова и медицинских средстава за 2015. годину, 03 број: 450-835/15 од 13.02.2015. године, и припадајућих измена истог, којим је прописано да је здравствена установа обавезна да за пружене услуге здравствене заштите фактуре састави на основу исправних, веродостојних, тачних, проверених и неспорних чињеница и података.

6. Специјалистичка поликлиника

Према подацима добијеним у поступку контроле, осигурана лица остварују право на здравствену заштиту у смислу специјалистичко-консултативних прегледа уз претходно заказивање истих. Заказивање специјалистичко-консултативних прегледа врши се телефонским путем или лично на шалтеру Специјалистичке поликлинике, са одговарајућим упутом. Заказивање прегледа се врши на основу слободних термина које определи Здравствени информациони систем. Приликом заказивања прегледа пацијената примењује се однос 60%:40%, у корист војних осигураника. За обављање првих прегледа резервисани су термини у раним преподневним часовима (до паузе), док су за контролне прегледе резервисани каснији термини. Уколико лекар, након обављеног прегледа, индикује стационарно лечење, осигурано лице се може одмах хоспитализовати или се заказује пријем у одговарајућу клинику на основу медицинских индикација и расположивих капацитета.

У поступку контроле надзорницима осигурања су од стране начелника Сектора за лечење достављени подаци „Листа заказивања термина прегледа у Специјалистичкој поликлиници ВМА“ на дан 31.08.2015. године.

Увидом у наведене податке утврђено је да су на дан 31.08.2015. године осигурана лица у року краћем од 30 дана могла заказати први преглед грудног хирурга, кардиохирурга, неурохирурга, ортопеда, максилофацијалног хирурга, пластичног хирурга, инфектолога, неуролога, пулмолога, хематолога, психијатра, оториноларинголога. Међутим, на дан 31.08.2015. године поједини специјалистички прегледи могли су се заказати само у року дужем од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи, и то: први преглед кардиолога за 16.10.2015. године, први преглед васкуларног хирурга за 16.11.2015. године, први преглед уролога за 07.12.2015. године, први преглед дерматолога за 10.12.2015. године, први преглед реуматолога за 19.01.2016. године, први преглед гастроентеролога за 07.03.2016. године, први преглед ендокринолога за 08.09.2016. године, а први преглед офталмолога за 15.09.2016. године.

На основу наведеног произилази да се у ВМА, приликом заказивања специјалистичко-консултативних прегледа, не поступа у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Имајући у виду све наведено дају се следећа:

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

1. Контролом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту у периоду од 01.01.2014. године до момента контроле у Војномедицинској академији обухваћено је остваривање права осигураних лица на здравствену заштиту у складу са Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 126/14-УС), Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС”, бр. 10/10 и 01/13) и Уговором о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2014. годину, 01 број: 450-648/13 од 25.12.2013. године, односно Уговором о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2015. годину, 01 број: 450-706/14 од 30.01.2015. године.

2. Контрола је извршена у Клиници за хематологију, Клиници за реуматологију, Клиници за урологију, Клиници за пулмологију, Клиници за гастроентерологију и хепатологију, као и у Специјалистичкој поликлиници. У поступку контроле извршен је увид у медицинску документацију 35 осигураних лица која су одабрана методом случајног узорка.

3. Контролом остваривања права осигураних лица на стационарно лечење утврђено је да су контролисана осигурана лица остварила право на стационарно лечење на основу упута изабраног лекара, Оцене првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја матичне филијале, односно Оцене о сагласности за наставак лечења у случају када је осигурано лице примљено као хитан случај ван подручја матичне филијале, што је у складу са чланом 43. и чланом 46. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС”, бр. 10/10 и 01/13).

4. Контролом остваривања права осигураних лица на специјалистичко-консултативну здравствену заштиту утврђено је да се у Војномедицинској академији, приликом заказивања специјалистичко-консултативних прегледа, не поступа у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС”, бр. 10/10 и 01/13).

5. Контролом медицинске документације осигураног лица ЈМБГ ██████████ (ЛБО ██████████) у Клиници за гастроентерологију и хепатологију утврђено је да је за стационарно лечење наведеног осигураног лица у периоду 27.05-26.06.2015. године на терет средстава обавезног здравственог осигурања фактурисано 8 БО дана (шифра услуге BD0300) више у односу на број дана пружених услуга стационарног лечења евидентираних у медицинској документацији, у укупном износу од 12.363,20 динара, што је у супротности са Упутством за фактурисање здравствених услуга, лекова и медицинских средстава за 2015. годину, 03 број: 450-835/15 од 13.02.2015. године, и припадајућих измена истог, којим је прописано да је здравствена установа обавезна да за пружене услуге здравствене заштите фактуре састави на основу исправних, веродостојних, тачних, проверених и неспорних чињеница и података.

На основу напред наведеног даје се следећи:

ПРЕДЛОГ МЕРА

1. Да се Војномедицинској академији изврши умањење фактурисане вредности на позицији Накнада за рад у СЗ (КПП 070), у укупном износу од 12.363,20 динара, за период 27.05-26.06.2015. године, због неисправног фактурисања здравствене услуге БО дан (шифра услуге ВD0300) у укупном износу од 12.363,20 динара у периоду 27.05-26.06.2015. године за осигурано лице ЛБО [REDACTED]

2. Налаже се Војномедицинској академији да приликом заказивања специјалистичко-консултативних прегледа поступа у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС”, бр. 10/10 и 01/13).

3. Налаже се Војномедицинској академији да се при фактурисању пружених услуга здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања придржава важећег Упутства за фактурисање здравствених услуга, лекова и медицинских средстава.

На овај Записник може се уложити приговор Сектору за контролу, на адресу Јована Мариновића бр. 2, 11 000 Београд, у року од 8 дана од дана пријема истог.

НАДЗОРНИЦИ ОСИГУРАЊА:

1. Radulovic G. G. G. G.
дипл рн Љиљана Радуловић

3. Dr. Zorana Dugić
др Зорана Дугић

3. Jasmina Samardžić
Јасмина Самарџић, дипл. правник



Доставити:

1. директору Републичког фонда за здравствено осигурање
2. начелнику Војномедицинске академије
3. архиви

59016.06/7