



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4110-04-04/2013

R/13/005

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/13/005 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Dorota Paszkiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87401 z dnia 19.02.2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota, ul. Szczęśliwicka 36 w Warszawie (zwany dalej Zespołem)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Marcin Zakrzewski, Dyrektor Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki związaną z realizacją umów o udzielanie świadczeń w rodzaju „podstawowa opieka zdrowotna” (POZ), finansowanych ze środków publicznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że:

- zasoby będące w dyspozycji Zespołu, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (personel oraz sprzęt medyczny), były zgodne z ofertami Zespołu na lata 2012-2013 oraz umowami zawartymi z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ);
- raporty statystyczne, dotyczące udzielonych świadczeń w ramach POZ, przekazywane były do NFZ terminowo, za pomocą systemu informatycznego SZOI²;
- podjęto szereg przedsięwzięć w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej;
- dokumentacja medyczna prowadzona w związku z udzielaniem przez Zespół świadczeń w badanym zakresie, zawierała dane wymagane przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³,

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 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 publicznych (j.t. Dz. U z 2013 r., poz. 1447).

³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

- pacjentom zapewniono możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną⁴.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja udzielania świadczeń z zakresu POZ

1.1. Forma prawna świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

Podmiot wykonujący działalność leczniczą - „Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota”, zarejestrowany jest w KRS pod nr 0000188485 oraz wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000007127, jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej bez celu osiągnięcia zysku.

(dowód: akta kontroli str. 5, 85-87)

Głównym celem funkcjonowania Zespołu jest wykonywanie działalności leczniczej, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmujących działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, wspomnianej ustawy lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.

(dowód: akta kontroli str. 38)

1.2. Zakres udzielanych świadczeń

Zespół udzielał osobom ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a osobom nieubezpieczonym za odpłatnością.

W ramach umów podpisanych z MOW NFZ w latach 2012-2013 o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Zespół świadczył usługi finansowane ze środków publicznych, w następującym zakresie: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej.

(dowód: akta kontroli str.191-194)

Zespół realizował zadania z zakresu profilaktyki i edukacji prozdrowotnej, których obowiązek prowadzenia wynika z przepisów art. 27 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁶, poprzez edukację zdrowotną pacjenta oraz systematyczną i okresową ocenę stanu jego zdrowia, jak też poprzez prowadzenie działań szkoleniowych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.⁷

⁴ Stosownie do art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2005 r., nr 214, poz.1816

⁷ Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że wykonywanie zadań z zakresu profilaktyki i edukacji prozdrowotnej w przypadku świadczeń udzielanych przez lekarzy POZ odbywa się w oparciu o procedurę systemu zarządzania jakością ISO 9001 P-75-04 obowiązującą od 2012 r., która zawiera: harmonogram szkoleń zatwierdzany przez Naczelną Pielęgniarkę (projekty szkoleń na bieżący rok), lista uczestników szkoleń, rejestr udzielanych porad z zakresu promocji zdrowia, karty edukacji pacjentów z nadwagą, karty edukacji pacjentów chorych na cukrzycę. Zadania realizowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki i edukacji zdrowotnej obejmują przede wszystkim działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez wczesne wykrycie i leczenie. Udzielając świadczeń opieki zdrowotnej oceniają stan zdrowia pacjenta i identyfikują problem zdrowotny. Przy wykryciu zagrożeń lub stwierdzeniu danej choroby proponują pacjentowi dodatkowo uczestnictwo w zajęciach edukacji prozdrowotnej, prowadzonej zgodnie z harmonogramem w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej. Działania prowadzone w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej obejmują utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka, zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie oraz zahamowanie postępu choroby i ograniczenie powikłań.

Wszyscy pacjenci i ich rodziny oraz pozostałe osoby zainteresowane tematyką szkoleń mogą w nich uczestniczyć w wyznaczonych gabinetach POZ. Zakresem szkolenia zostają objęci pacjenci (i ich rodziny), którzy korzystają z diagnostyki,

(dowód: akta kontroli str.197-198, 207-237)

Zespół organizował również akcje profilaktyczne, mające na celu edukację prozdrowotnego trybu życia (m.in. „Bezpłatna Densytometria”, „Zaburzenia Pamięci”, „Mamo, zbadaj kości!”, Rodzinny Piknik Integracyjny- Szczęśliwice 2012, akcja profilaktyczna „W trosce o Państwa serce”).

(dowód: akta kontroli str. 203-205)

1.3. Regulamin organizacyjny

Zespół posiada aktualny regulamin organizacyjny, w którym opisano zasady udzielania świadczeń i dostęp do badań diagnostycznych; informacje powyższe podano do wiadomości świadczeniobiorców, poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej na terenie rejestracji.

Zgodnie z regulaminem, w Zespole udzielane są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, obejmujące świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach nie wymagających ich udzielania w trybie stacjonarnymi całodobowym. Zasady oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych opisano w rozdziale 6 regulaminu (§ 80-94).

(dowód: akta kontroli str.58-61)

Zespół legitymuje się certyfikatem jakości ISO 9001:2008, wydanym 28 czerwca 2013 r. w zakresie: podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych.

(dowód: akta kontroli str.26)

1.4. Zgodność godzin przyjęć poradni z harmonogramem umowy z NFZ

Godziny przyjęć Poradni Zespołu w zakresie objętym kontrolą, były zgodne z godzinami pracy wskazanymi w harmonogramach zawartych w umowach podpisanych z MOW NFZ na lata 2012 i 2013.

(dowód: akta kontroli str.150-152)

1.5. Zasoby Zespołu niezbędne do realizacji umowy z NFZ

1.5.1. Warunki lokalowe, sanitarne i techniczne

Warunki lokalowe realizacji świadczeń POZ w Zespole były zgodne z wymogami określonymi odpowiednio: w załączniku nr 1 cz. V do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸.

Pomieszczenia, w których udzielane były wspomniane świadczenia, oznakowane były zgodnie z § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.⁹

Zespół spełniał wymagania dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, niezbędny do wykonywania powyższych świadczeń. Aparatura medyczna posiadała paszporty techniczne z aktualnymi wpisami, potwierdzającymi jej sprawność.

Zabezpieczono dostęp osobom niepełnosprawnym do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 150-158, 290-321)

leczenia, a także pozostają pod opieką sprawowaną przez lekarza, pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej, również w środowisku domowym chorego.

Działania prowadzone w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej obejmują utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka, zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie oraz zahamowanie postępu choroby i ograniczenie powikłań.

⁸ Dz. U. Nr 139, poz.1139 ze zm.- rozporządzenie obowiązywało do 02.01.2014 r., zostało zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248).

⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

1.5.2. Personel udzielający świadczeń POZ

Personel medyczny oraz jego kwalifikacje zawodowe, zgodne były z wymogami zawartymi w załączniku nr 1 cz. V do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W Zespole, na podstawie umów zawartych z NFZ w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, świadczeń udzielało odpowiednio:

- wg stanu na 30 czerwca 2012 r.- łącznie 56 lekarzy (44,15 etatów), z których siedmiu (12,50 %) posiadało specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej (łącznie 6,07 etatu¹⁰), dwunastu (21,43 %) - w zakresie chorób wewnętrznych (łącznie 9,93 etatu¹¹), dziewiętnastu (33,93%) – w zakresie pediatrii (łącznie 14,36 etatu¹²), jeden (1,79 %) - w zakresie innym niż wymienione powyżej, posiadający co najmniej 6-letni staż w POZ (0,50 etatu) oraz siedemnastu (30,36%) lekarzy nie spełniających powyższych kryteriów (łącznie 13,29 etatu¹³);

- wg stanu na 30 czerwca 2013 r.- łącznie 49 lekarzy (38 etatów), z których sześciu (12,24 %) posiadało specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej (łącznie 4,96 etatu¹⁴), dziesięciu (20,41%) - w zakresie chorób wewnętrznych (łącznie 8,34 etatu¹⁵),

osiemnastu (36,73%) – w zakresie pediatrii (13,76 etatu¹⁶), jeden (2,04%) - w zakresie innym niż wymienione powyżej, posiadający co najmniej 6-letni staż w POZ (0,5 etatu) oraz czternastu (28,57%) lekarzy nie spełniających powyższych kryteriów (10,44 etatu¹⁷).

W latach 2012-2013 w Zespole, w deklaracjach wyboru lekarza POZ składanych przez świadczeniobiorców, wskazanych było łącznie 110 lekarzy.¹⁸ Liczba deklaracji złożona przez świadczeniobiorców w stosunku do każdego z w/w lekarzy nie przekraczała 2750, zgodnie z postanowieniami § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.¹⁹

Spośród 110 lekarzy, w przypadku jednego lekarza (w roku 2013), liczba deklaracji przekroczyła 2500.

(dowód: akta kontroli str. 150-162)

Łącznie, w styczniu 2012 r., w Zespole złożonych było 42.401 aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ, natomiast w czerwcu tego roku - 45.841.

W styczniu 2013 r. w Zespole złożonych było łącznie 53.238 aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ, natomiast w czerwcu tego roku - 59.813.

Najliczniejszą grupą świadczeniobiorców, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ, była w tym okresie grupa osób w wieku 22-36 lat, najmniej liczną - grupa osób w przedziale 80 i więcej lat.

(dowód: akta kontroli str.163)

1.6. Ubezpieczenie OC

¹⁰ W tym umowy cywilnoprawne- w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,53 etatu.

¹¹ W tym umowy cywilnoprawne - w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,27 etatu

¹² W tym umowy cywilnoprawne- w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 3,55 etatu

¹³ W tym umowy cywilnoprawne - w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 1,89 etatu

¹⁴ W tym umowy cywilnoprawne - w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 1,32 etatu

¹⁵ W tym umowy cywilnoprawne - w przeliczeniu na etat (7,35 h)- łącznie 0,67 etatu;

¹⁶ W tym umowy cywilnoprawne- w przeliczeniu na etat (7,35h)- łącznie 2,75 etatu.

¹⁷ W tym umowy cywilnoprawne- w przeliczeniu na etat (7,35h), łącznie 2,04 etatu

¹⁸ W tym w roku 2012- 103 lekarzy, a w roku 2013- 110 lekarzy.

¹⁹ Na podstawie danych ze stycznia i czerwca roku 2012 oraz 2013 r.

W okresie objętym kontrolą, Zespół posiadał ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁰. Zakres zawartego ubezpieczenia spełniał wymogi określone w art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również wymagania zawarte w § 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zawartej z MOW NFZ na lata 2012 - 2013.

(dowód: akta kontroli str. 164-190)

Ocena częściowa

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

2. Współpraca i współdziałanie lekarzy POZ z innymi elementami systemu ochrony zdrowia szczebla podstawowego oraz jednostkami samorządu terytorialnego.

Opis stanu faktycznego

Lekarze POZ zatrudnieni w Zespole współpracowali z pielęgniarką i położną POZ w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że „lekarze, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, ściśle współpracowali ze sobą przy realizacji umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawartej z MOW NFZ. Pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej realizowały zlecenia wystawione przez lekarzy POZ w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych oraz środowisku domowym pacjenta. Wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz sytuacji socjalno-bytowej, pielęgniarka (położna) przekazywała lekarzowi POZ, do którego dany pacjent był zadeklarowany, zgłaszała konieczność wizyty lekarza prowadzącego w przypadku stwierdzenia niepokojących informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, następnie wspólnie ustalali plan opieki nad pacjentem i jego rodziną. Ponadto lekarze POZ współpracowali z pielęgniarkami środowiskowo-rodzinnymi w zakresie kwalifikacji pacjenta do objęcia opieką przez placówkę pomocy społecznej.²¹ Lekarze POZ samodzielnie nie przekazują żadnych informacji o stanie zdrowia społeczności odpowiednim organom administracji. Wszelkie informacje o stanie zdrowia pacjentów przekazywane są przez SZPZLO Warszawa-Ochota w formie statystyk, sprawozdań oraz innych opracowań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie na prośbę, np. Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy (podmiot tworzący), Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, Wojewody Mazowieckiego jako organu rejestrowego”.

(dowód: akta kontroli str.198-199)

²⁰ Polisa Nr 1WAK3360001 z dnia 20.01.2011 r., polisa nr 1WAK3360002 z dnia 20.01.2011 r., polisa nr 1WAK3360004 z 20.01.2011 r., polisa Nr 1WAK 3360005 z 20.01. 2011 r., polisa seria AA 887022 z 24.01.2012 r.; polisa seria AA 1059246 z 24.01.2013 r.; polisa seria AA 1059247 z 24.01.2013 r.;

²¹ Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że Zakład bierze udział w projekcie realizowanym wspólnie z Urzędem Dzielnicy Ochota m.st. Warszawy: „Senior 90+”, koordynatorem projektu jest Naczelna Pielęgniarka, która ściśle współpracuje z powołanym Zespołem Ekspertów. Projekt „Senior 90+” skierowany jest do osób powyżej 90 roku życia zamieszkałych na terenie Dzielnicy Ochota. Celem programu jest zdiagnozowanie potrzeb społeczno-zdrowotnych poprzez indywidualne wywiady z odbiorcami Projektu w ich miejscu zamieszkania, z uwagi na charakterystyczne cechy tej grupy odbiorców, tj. niepełnosprawność psychoruchowa, choroby wieku starczego itp. Diagnoza odnosi się m.in. do aktywności psychoruchowej, kulturalnej, potrzeb socjalnych, medycznych oraz zakres i rodzaj pomocy, jaka jest potrzebna, aby poprawić ich jakość życia. W oparciu o przeprowadzoną diagnozę opracowuje się projekt pomocniczy z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb zdrowotnych i życiowych beneficjentów.

Ponadto, lekarze i pielęgniarki Zespołu biorą udział w realizacji programu „Dobry Rodzic – Dobry Start” prowadzonego we współpracy z Fundacją Dzieci Niczyje na terenie dzielnicy Ochota i Ursus. Działania mają na celu zapobieganie i przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci od 0 do 3 lat.

W kontrolowanym okresie, w Zespole prowadzona była opieka dyspanseryjna, której celem jest zapewnienie aktywnej, planowanej opieki w zakresie POZ, nad osobami przewlekle chorymi oraz osobami o wysokim ryzyku zachorowania. Opieką dyspanseryjną w latach 2012-2013 (I półrocze) objętych było 4 pacjentów, w przypadku których dyspanseria dotyczyła patologicznej otyłości (E 66), zespołu polimetabolicznego (I-10, I-25, E-66) oraz schorzeń układu krążenia (nadciśnienie: I-10).²²

(dowód: akta kontroli str. 238-246)

Ocena cząstkowa

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

3. Prowadzenie, przetwarzanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w POZ

Opis stanu faktycznego

3.1. Rejestrowanie pacjentów w Zespole na wizytę lekarza POZ, odbywało się poprzez system e-kolejkowanie, który pozwala również na weryfikację w portalu e-WUŚ prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjenta w dniu wizyty²³. Informacja ta wczytywana jest do programu SZPZLO Warszawa-Ochota KS-PPS. Świadczenie udzielone przez lekarza, wpisywane jest w „Dzienną ewidencję poradni”, która przekazywana jest do Działu Rejestru Usług Medycznych; następnie informacja ta wprowadzana jest do programu KS-PPS i eksportowana wraz z informacją o prawie pacjenta do świadczenia, do systemu informatycznego NFZ SZOI.

(dowód: akta kontroli str.252, 260-262)

3.2. Zbiorcza dokumentacja medyczna

W Poradni POZ przy ul. Szczęśliwickiej 36, w badanym okresie, w zakresie objętym kontrolą, prowadzono następującą zbiorczą dokumentację medyczną: księgę przyjęć POZ, księgę pracowni EKG, księgę gabinetu zabiegowego.

W/w księgi prowadzone są w formie pisemnej, każda z ksiąg opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, komórkę organizacyjną wraz z jej kodem oraz opatrzona jest numerem księgi. We wszystkich zbadanych księgach wprowadzono numerację stron dokumentacji, numer kolejny wpisu, datę zgłoszenia się pacjenta, godzinę zgłoszenia się pacjenta (z wyjątkiem ksiąg pracowni, w wypadku których jest to przesłanka niewymagana przepisami), rodzaj udzielonego świadczenia; we wszystkich księgach poddanych kontroli nie stwierdzono wpisów nieczytelnych.

(dowód: akta kontroli str. 263-266, 271)

3.3. Indywidualna dokumentacja medyczna - historia zdrowia i choroby.

Badaniu poddano 33²⁴ karty historii zdrowia i choroby (w tym 13 kobiet i 20 mężczyzn), prowadzoną przez 8 lekarzy POZ. W 33 kartach (100%) odnotowano: wywiad w zakresie przebytych chorób poważnych i przewlekłych, wpisy dotyczące pobytów szpitalnych, informacje o zabiegach chirurgicznych, wpisy dotyczące szczepień pacjenta i stosowanych surowic lub uczuleń, informację dotyczącą

²² W przypadku dyspanserii lekarz prowadzący przekazywał informacje o planowanych i odbytych wizytach – Zastępcy Kierownika ds. Personelu Pielęgniarskiego, który prowadzi rejestr pacjentów objętych programem opieki dyspanseryjnej; pacjent zapisywany był na planową wizytę, o której Zastępca Kierownika przypominał telefonicznie na trzy dni przed jej terminem.

²³ W ten sposób w Zespole zapewniono pacjentom możliwość umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁴ W przypadku 27 kart, do badania wybrano historie choroby osób w wieku 35-65 lat, które złożyły deklarację wyboru lekarza POZ w Zespole, przed 1 stycznia 2012 r. i korzystały ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2013 r. - badaniem objęto 5% pacjentów spełniających powyższe kryteria. Ponadto badaniem objęto 4 karty pacjentów objętych opieką dyspanseryjną oraz 2 karty pacjentów korzystających z wizyt u lekarza POZ pięć lub więcej razy w miesiącu w okresie kwiecień-czerwiec 2013 r. - w przypadku tych osób, lekarze udzielający świadczeń potwierdzili zasadność tych wizyt (były uzasadnione stanem zdrowia obu pacjentów).

obciążeń dziedzicznych. Ponadto w 22 kartach odnotowano wykonanie badania stanu uzębienia (66,7 %), w 7 kartach (dotyczy kobiet) zawarto informacje o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktażu samobadania piersi (21,2%), w 6 kartach (dotyczy kobiet) - informacje dotyczące badań cytologicznych (18,2%), w 24 kartach - dane dotyczące BMI pacjenta (72,7%). W 1 karcie odnotowano przeprowadzenie badania per rectum (3%).

W dokumentacji poddanej kontroli odnotowano łącznie 345 wizyt, z których 13 dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków (3,8%). W przypadku 311 wizyt zostało zmierzone pacjentowi ciśnienie tętnicze krwi (90,1%), a na 88 wizytach – zmierzono pacjentom poziom cukru we krwi (25,5%).

Odnosnie wpisów w badanych kartach dokonanych w czerwcu 2013 r., stwierdzono: w 33 kartach (100%) odnotowano informacje dotyczące badania podmiotowego i przedmiotowego oraz 33 wpisy dotyczące przepisanych leków (100%), w 14 kartach zawarto informację dotyczącą zleconych badań i konsultacji oraz zabiegów (42,4%), w 33 kartach (100%) wpisano rozpoznanie, a w 17 kartach dokonano opisu zleconych wcześniej badań, konsultacji i zabiegów (51,5%).

(dowód: akta kontroli str. 247-251, 267-269)

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że „lekarz POZ, w indywidualnej dokumentacji medycznej umieszcza informację dotyczącą BMI w przypadku, gdy masa ciała ma zasadniczy wpływ na przebieg i leczenie choroby oraz dalsze rokowanie, występują obciążenia dziedziczne (wywiad rodzinny) lub widoczna jest nieprawidłowa masa ciała (nadwaga, niedowaga)(...). Ścisła współpraca lekarzy POZ z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym samym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, pozwala na sprawne i powszechne przeprowadzanie badań profilaktycznych, mających na celu wczesne wykrywanie i leczenie raka szyjki macicy czy raka piersi. Wszystkie pacjentki w gabinecie ginekologicznym mają badane piersi, instruowane są o konieczności wykonywania „samobadania piersi”, a także zapoznawane są z techniką wykonywania tego badania. Ponadto w wydawanym przez SZPZLO Warszawa-Ochota kwartalniku „Ochota na zdrowie”, cyklicznie ukazują się informacje o wykonywanych bezpłatnych badaniach cytologicznych i prowadzonych programach profilaktycznych- w przypadku uzyskania informacji przez lekarza POZ o fakcie, iż pacjentka regularnie uczestniczy w programach profilaktycznych i wykonuje badania, lekarz nie informuje dodatkowo pacjentki o sposobie badania piersi i konieczności wykonania cytologii.

W przypadku mężczyzn powyżej 45 roku życia, proponowane jest wykonanie badania per rectum profilaktycznie; ponieważ w większości przypadków pacjenci nie wyrażają zgody na wykonanie takiego badania, są informowani o konieczności wykonywania takich badań i kierowani są do poradni chirurgicznej, urologicznej lub proktologicznej, w zależności od wskazań medycznych.”

(dowód: akta kontroli str. 270-272)

3.4. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Pacjenci zapisywani są do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zgłoszenie osobiste, telefoniczne, za pośrednictwem osób trzecich oraz poprzez ePortal.²⁵

²⁵ Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że w celu poprawienia organizacji pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, efektywnego wykorzystania czasu pracy oraz usprawnienia zapisów na wizyty kontrolne, w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej przy ul. Szczęśliwickiej 36, w listopadzie 2013 roku wprowadzono możliwość zapisywania się na wizytę kontrolną bezpośrednio po zakończeniu badania. Pacjent dostaje podstemplowany przez lekarza znacznik z literą „K” (kontrola) i w rejestracji zapisuje się na konkretny termin kolejnej pełnej wizyty (np. za 2 tyg. lub za miesiąc). W przypadku przedłużenia recepty na leki pacjent dostaje analogicznie znacznik z literą „R” (recepta). Procedura zapisu prowadzona jest przez rejestrację. Każdy lekarz POZ ma zarezerwowaną ostatnią godzinę swoich przyjęć tylko i wyłącznie dla w/w chorych. Powyższy pilotażowy schemat postępowania ograniczony był do jednej przychodni. W styczniu 2014 roku wyraźnie zmniejszyła się ilość pacjentów oczekujących w godzinach rannych do zapisu. Przeniesienie ustalania terminów wizyt na pracowników rejestracji ułatwiło lekarzom pracę w gabinecie i zwiększyło czas na samo badanie. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób starszych, których w dzielnicy Ochota jest większość.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że „czas pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej został podzielony w następujący sposób: wizyta pełna ok. 20 min., wizyta „recepturowa” ok. 10 min., przy czym 50% terminów przypada na nagłe zachorowania (w pierwszej kolejności) i 50% wizyt planowanych; pacjenci zapisywani są do lekarzy na konkretne godziny. Aktualnie w/w procedura zapisów wprowadzana jest w pozostałych placówkach SZPZLO Warszawa-Ochota i traktowana jako forma przejściowa pomiędzy starym systemem, a nowym, w pełni elektronicznym.

W przypadkach nagłych zachorowań lub zaostrzenia istniejącej choroby przewlekłej, pacjent może zapisać się na wizytę osobiście, telefonicznie lub przez osoby trzecie do zadeklarowanego przez siebie lekarza. W danym dniu, na powyższe zgłoszenia przeznaczone jest 50% czasu pracy lekarza. W przypadkach, gdy wszystkie terminy u wybranego lekarza (złożona deklaracja) są zajęte, pacjent może skorzystać z wizyty u tzw. lekarza dyżurnego, który przyjmuje w danym dniu wszystkich pacjentów potrzebujących wizyty w trybie nagłym. Jeśli pacjent wymaga kontynuacji dalszego diagnozowania, leczenia, czy rehabilitacji, lekarz POZ wystawia skierowanie do lekarza specjalisty danej dziedziny celem dalszej opieki. Lekarz specjalista po konsultacji i ewentualnym leczeniu, przekazuje w formie pisemnej informację zwrotną do lekarza POZ zawierającą wskazówki, co do dalszego postępowania.”

Badania diagnostyczne, wykonywane są głównie przez komórki działalności podstawowej Zespołu, jak też w ramach umów zawartych z podwykonawcami, opisanymi w dalszej treści niniejszego wystąpienia.

Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych odbywa się w punktach pobrań znajdujących się na terenie wszystkich jednostek organizacyjnych działalności podstawowej Zespołu, a także w środowisku – domu pacjenta przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent otrzymując skierowanie na wykonanie danego badania jest informowany przez lekarza zlecającego o miejscu wykonania danego badania.

Wszystkie informacje o zasadach i zakresie badań są umieszczane na tablicach informacyjnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych działalności podstawowej Zespołu.

(dowód: akta kontroli str.200-202)

3.5. Sposób przechowywania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna w Zespole, przechowywana jest w kartotekach w pomieszczeniu Rejestracji, które zabezpieczono przed dostępem osób trzecich (dostęp wyłącznie dla personelu oraz osób upoważnionych).

(dowód: akta kontroli str. 150-152, 263-269)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, działalność w badanym obszarze.

4. Poprawność rozliczeń umów zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, pomiędzy MOW NFZ a Zespołem, została zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w której określono zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, jak również zapisy dotyczące kar umownych, nakładanych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy: umowa nr 07R-1-00061-01-01/07-00-01-19-11-13/06 z dnia 27 stycznia 2011 r. o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej

opieki zdrowotnej, zawarta na okres 3 lat, począwszy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.²⁶

(dowód: akta kontroli str. 325-809)

4.1. Realizacja umów o świadczenia POZ

4.1.1. Udzielone świadczenia

W Zespole, na podstawie umów zawartych z NFZ w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, została udzielona następująca liczba świadczeń przez lekarzy POZ:

- w styczniu 2012 r.- udzielono łącznie 15.883 świadczeń, w tym 271 (1,7%) wizyt domowych, w czerwcu tego roku - 15.109 świadczeń, w tym 204 (1,3%) wizyty domowe;

- w styczniu 2013 r.- udzielono łącznie 18.231 świadczeń, w tym 402 (2,2%) wizyty domowe, w czerwcu tego roku – 14.541 świadczeń, w tym 186 (1,0%) wizyty domowych.

(dowód: akta kontroli str. 163)

Przychody z realizacji umów o wykonanie świadczeń z zakresu POZ przedstawiały się następująco: za I półrocze 2012 r. przychody z powyższego tytułu wyniosły 6.269.068,92 zł²⁷; za II półrocze- 6.167.343,30 zł²⁸, za I półrocze 2013 r.- 6.272.051,79 zł.²⁹

(dowód: akta kontroli str.278-280)

4.2. Terminowość rozliczeń umów

Raporty statystyczne zawierające informacje o zrealizowanych świadczeniach za dany okres sprawozdawczy, jak też informacje o liczbie deklaracji wyboru (dla POZ), były generowane i przekazywane do MOW NFZ za pośrednictwem elektronicznego systemu SZOI, w terminie określonym w § 17 i § 23 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Raporty powyższe były sporządzane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jak też spełniały wymagania określone w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Płatności ze strony NFZ z tytułu zawartych umów w okresie objętym kontrolą, przekazywane były zgodnie z terminami określonymi w § 24 załącznika do ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str.275-276, 278-280)

4.3. W latach 2012-2013, w zakresie objętym kontrolą, Zespół korzystał z usług czterech firm, świadczących usługi w ramach podwykonawstwa:

- Diagnostyka sp. z o.o. – umowa zawarta na okres 01.01.2012 r. – 31.12.2014 r. w zakresie laboratoryjnych badań bakteriologicznych obejmujących: posiew moczu,

²⁶ Do powyższej umowy podpisano 11 Aneksów (3 Aneksy w roku 2011, 4 - w roku 2012, i 4 - w roku 2013)- dotyczących m.in. zmian w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do umowy.

²⁷ W tym świadczenia lekarza POZ: 4.625.244 zł, świadczenia położnej POZ: 217.195,04 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 1.049.953,44 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 381.200,40 zł.

²⁸ W tym świadczenia lekarza POZ: 4.563.031zł, świadczenia położnej POZ: 234.341,08 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 1.037.807,82 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 359.616,35 zł.

²⁹ W tym świadczenia lekarza POZ: 4 645.156,40 zł, świadczenia położnej POZ: 232.757,83 zł, świadczenia pielęgniarki POZ: 1.032.415,44 zł, świadczenia pielęgniarki szkolnej: 361.824,85 zł.

wymazy bakteryjne, wymazy w kierunku grzybów i ogólny posiew kału w kierunku Salmonella Shigella.

- SZPZLO Warszawa-Targówek (dawniej: SZPZLO Warszawa-Bródno) – umowa zawarta na okres 01.01.2012 r. – 31.12.2014 r. w zakresie EKG dla dzieci.

- SZPZLO Warszawa-Żoliborz – umowa zawarta na okres 01.01.2012 r. – 31.12.2014r. w zakresie RTG dla dzieci do 5 roku życia (klatki piersiowej, czaszki, układu kostnego).

- Synlab Polska – umowa zawarta na okres 01.01.2012 r. – 31.12.2014 r. w zakresie realizacji badania proteinogram.

(dowód: akta kontroli str.201, 277)

4.4. Kary umowne

W okresie objętym kontrolą, Zespołowi została naliczona kara umowna, dotycząca nieprawidłowego rozliczenia świadczeń pielęgniarki szkolnej. W dniu 7 stycznia 2014 roku, Zespół otrzymał wystąpienie pokontrolne z MOW NFZ, dotyczące przeprowadzonego postępowania kontrolnego w zakresie realizacji umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w którym naliczono karę umowną w wysokości 1.145,77 zł, powołując się na przepis § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 202, 281-289)

4.5. Nadzór ze strony uprawnionych podmiotów

Osobami wyznaczonymi do nadzorowania pracy lekarzy POZ są kierownicy jednostek organizacyjnych działalności podstawowej lub koordynatorzy i Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że „kontrola prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej w Zespole jest dokonywana regularnie co miesiąc, do kontroli wybierana jest w sposób losowy; przeprowadzenie kontroli dokumentowane jest wpisem w historii zdrowia i choroby, z datą i pieczętką „kontrola dokumentacji medycznej” oraz podpisem osoby przeprowadzającej kontrolę. W przypadku stwierdzenia uchybień, przeprowadzana jest rozmowa wyjaśniająca i dyscyplinująca z lekarzem”.

(dowód: akta kontroli str. 272)

4.6 Koszty badań laboratoryjnych dla POZ w badanym okresie wynosiły odpowiednio:

za I półrocze 2012 r.- 11.956,07 zł, za II półrocze 2012 r.- 9.678,20 zł, za I półrocze 2013 r.- 10.957,87 zł. Łącznie w latach 2012-2013 (I półrocze), koszty laboratoryjne poniesione przez Zespół w ramach POZ, stanowiły kwotę 32.592,14 zł.

(dowód: akta kontroli str.277)

4.7. W dniach 09.10-06.12.2013 r., MOW NFZ przeprowadził w Zespole kontrolę w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej³⁰. Kontrolą objęto udzielanie świadczeń przez lekarza POZ, położną POZ (okres objęty kontrolą: od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r.) oraz pielęgniarkę szkolną (okres objęty kontrolą: od 1 września do 31 grudnia 2012 r.)

(akta kontroli str. 281-289, 322-324)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

³⁰ Umowa z MOW NFZ nr 1-00062-01-01-2011-2013/12 z 19.12.2013 r.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do działań Zespołu w zakresie objętym przedmiotową kontrolą.

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

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.

Warszawa, dnia 17.04.2014 r.

Kontroler
Dorota Paszkiewicz
Specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
Podpis