



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-03/2014

P/14/063



03924514

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Maciej Brzosko – inspektor k. p., upoważnienie do kontroli nr 91443 z 5 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Mohammad Hassan Janghorbani Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Rosochate Kościelne, ul. Wierzbowa 10, 18-220 Czyżew (dalej: „Świadczeniodawca”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mohammad Hassan Janghorbani (właściciel)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie ¹ realizację przez Świadczeniodawcę świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) oraz prowadzenie edukacji prozdrowotnej w latach 2012–2014 (do 30 czerwca).
Uzasadnienie oceny ogólnej	Na powyższą ocenę wpływ miało przede wszystkim udzielanie świadczeń POZ zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (dalej: „POW NFZ”), posiadanie przez Świadczeniodawcę odpowiednich kwalifikacji i niezbędnego sprzętu medycznego, spełnienie wymogów informacyjnych wobec świadczeniobiorców, a także prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej i właściwe rozliczanie umów zawartych z POW NFZ. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na prawidłowość wykonywania przez Świadczeniodawcę świadczeń POZ. Dotyczyły one: – braku regulaminu organizacyjnego, o którym mowa w art. 23 w zw. z art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², – niezaktualizowania wpisów w księdze rejestrowej, mimo upływu 31 grudnia 2012 r. terminu na dokonanie zmian, wynikającego z art. 217 ust. 3 tej ustawy. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ (dalej: „ustawa o świadczeniach”), świadczenia lekarza POZ obejmują wykonywanie badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych. Zbadana próba 10 kart historii zdrowia i choroby wykazała, że dokumentacja ta nie zawierała wpisów, potwierdzających wykonanie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. badań w celu wczesnego wykrycia zwłaszcza chorób nowotworowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy POZ

Opis stanu faktycznego	1.1. Mohammad Hassan Janghorbani rozpoczął prowadzenie Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej 1 stycznia 2005 r. w formie jednoosobowej działalności gospodarczej ⁴ , uzyskując wpis do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta Łomży, pod nr 14218. Na podstawie uchwały nr 7466/2005/IV/P
------------------------	--

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

² Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴ Obecnie art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku z 12 stycznia 2005 r. został wpisany do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr 509912354763, a od 30 kwietnia 2012 r. – pod nr 50-11-2354763. (dowód: akta kontroli str. 9-11)

1.2. Na dzień 9 września 2014 r. (data rozpoczęcia kontroli) wpis do księgi rejestrowej 000000031442 Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie uległ zmianie w stosunku do pierwotnego wpisu z 30 kwietnia 2012 r. (data utworzenia księgi). Wpis w księdze rejestrowej nie zawierał informacji o aktualnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej Świadczeniodawcy, co szerzej opisano w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 3-8)

1.3. Faktyczny zakres udzielanych świadczeń obejmował leczenie w poradni lekarza POZ. Wpisu takiego nie zamieszczono jednak w księdze rejestrowej, co również szerzej przedstawiono w dalszej części niniejszego wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 3-8)

1.4. Świadczeniodawca nie posiadał certyfikatu jakości ani akredytacji, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁵. (dowód: akta kontroli str. 140)

1.5. Godziny przyjęć gabinetu umieszczone na tablicy informacyjnej w poradni lekarza POZ były zgodne z harmonogramem pracy zgłoszonym do POW NFZ oraz z wpisami w księdze przyjęć. (dowód: akta kontroli str. 32, 35-36, 107-126)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Świadczeniodawca nie opracował regulaminu organizacyjnego, opisującego m.in. zasady udzielania świadczeń i dostęp do badań diagnostycznych, który to obowiązek wynika z art. 23 w zw. z art. 5 ustawy o działalności leczniczej. Termin dostosowania działalności do wymogów ww. ustawy, zgodnie z jej art. 208 ust. 2, upłynął 31 grudnia 2012 r.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości był właściciel Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej. Wyjaśnił on, że był przekonany, iż obowiązek tworzenia regulaminu organizacyjnego go nie dotyczy. Dodał, że w najbliższym czasie postara się wprowadzić regulamin organizacyjny, by spełniać wymagania ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 133-135)

2. Świadczeniodawca nie wpisał do księgi rejestrowej zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz informacji o aktualnym ubezpieczeniu OC, co było niezgodne z art. 106 ust. 3 pkt. 5 i 11 w zw. z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Termin dostosowania wpisu do przepisów ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z jej art. 217 ust. 3, upłynął 31 grudnia 2012 r.

Właściciel wyjaśnił, że nie wie dlaczego wpis jest niekompletny.

(dowód: akta kontroli str. 6-8, 133-135)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości organizację Świadczeniodawcy.

2. Zasoby kadrowe i sprzętowe świadczeniodawcy, związane z realizacją umów z NFZ

Opis stanu
faktycznego

2.1. Zasoby Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, tzn. pomieszczenia, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny były zgodne z umową zawartą z POW NFZ, pkt 1-4 części V załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁶ oraz z Zarządzeniem Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń

⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248.

w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna⁷ (dalej: „Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ”). Sprzęt medyczny był kompletny, posiadał stosowne certyfikaty, zaś leki i preparaty oraz igły, strzykawki i wenflony posiadały aktualne daty ważności.

(dowód: akta kontroli str. 24-31)

2.2. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Wysokiem Mazowieckiem⁸ (dalej: „PPIS”) przeprowadził u Świadczeniodawcy trzy kontrole, które swoim zakresem obejmowały ocenę przestrzegania wymagań higieniczno-sanitarnych. W toku przeprowadzonych w latach 2013-2014 kontroli, dotyczących m.in. spełnienia przez Świadczeniodawcę wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹, PPIS nie stwierdził nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 15-23)

2.3. Świadczeniodawca częściowo zapewnił osobom niepełnosprawnym dostęp do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Budynek posiadał podjazd dostosowany do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zaś frontowe drzwi były pozbawione progów i innych barier architektonicznych. Do potrzeb osób niepełnosprawnych nie dostosowano jednak pomieszczeń sanitarnych.

(dowód: akta kontroli str. 25-31)

2.4. Świadczeniodawca spełniał wymagania informacyjne opisane w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰. Poinformował bowiem świadczeniobiorców m.in. o: osobach udzielających świadczeń z podaniem miejsca i czasu ich udzielania, o zasadach zapisu na wizyty, o trybie składania skarg i wniosków, o prawach pacjenta, o podmiotach udzielających świadczeń w nocy oraz w niedzielę i święta, o numerach telefonów ratownictwa medycznego, danych kontaktowych do właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju.

(dowód: akta kontroli str. 25-31, 142-143)

2.5. Świadczenia z zakresu POZ, stosownie do postanowień umowy zawartej z POW NFZ, wykonywane były przez Mohammada Hassana Janghorbaniego, posiadającego specjalizację lekarza medycyny rodzinnej. Spełniał on wymagania określone w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 24, 107-126)

2.6. W styczniu i czerwcu 2012, 2013 i 2014 roku liczba deklaracji wyboru lekarza POZ wynosiła od 1.618 (w styczniu 2012 roku) do 1.856 (w czerwcu 2014 r.) i nie przekraczała limitu 2.750 deklaracji, określonego w § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 33)

2.7. W styczniu 2012 roku liczba świadczeniobiorców objętych opieką wynosiła 1.618 osób, w tym 163 w wieku 0-6 lat (10,1% ogółu świadczeniobiorców), 308 w wieku 7-19 lat (19%), 924 w wieku 20-65 lat (57,1%) oraz 223 powyżej 65 lat (13,8%). Z każdym rokiem liczba świadczeniobiorców w tych grupach rosła (za wyjątkiem osób w wieku powyżej 65 lat, których liczba nieznacznie wzrastała lub malała). W rezultacie w czerwcu 2014 roku wynosiła 1.856 pacjentów, w tym w kolejnych grupach wiekowych: 201 (10,8% ogółu), 346 (18,64%), 1.082 (58,3%) oraz 227 (12,2%). Najczęściej z porad lekarza POZ korzystały osoby w wieku 20-65 lat (najliczniejsza grupa pacjentów), zaś najrzadziej – w wieku 7-19 lat (druga co do liczebności grupa pacjentów). W styczniu 2012 roku odnotowano odpowiednio 296 (47,4% ogółu) i 80 wizyt (12,9%) pacjentów z tych grup, zaś w czerwcu 2014 roku – 286 (45,4%) i 79 (12,5%).

(dowód: akta kontroli str. 34)

⁷ Zm. zarz.: Nr 85/2011/DSOZ, Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ.

⁸ Kontrole z dnia 17 maja 2012 r., 16 maja 2013 r. oraz 29 maja 2014 r.

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

Ustalono nieprawidłowości Ocena częściowa	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie zapewnienia zasobów kadrowych i sprzętowych związanych z realizacją umów z NFZ.
Opis stanu faktycznego	3. Współdziałanie podmiotów leczniczych 3.1. Umowy Świadczeniodawcy z POW NFZ dotyczyły wyłącznie świadczeń lekarza POZ (nie obejmowały świadczeń pielęgniarki i położnej POZ¹¹). Deklaracje wyboru pielęgniarki POZ złożone przez 10 wytypowanych do zbadania świadczeniobiorców wskazywały pielęgniarkę, która prowadziła praktykę pielęgniarską w tym samym budynku co Świadczeniodawca. W deklaracji wyboru pielęgniarki wskazano jej lokalizację. Z wyjaśnień Mohammada Hassana Janghorbaniego wynika, że nie współpracuje on z żadną położną, zaś potrzeby położnicze lokalnej społeczności, w razie potrzeby, stara się zaspokajać we własnym zakresie wraz z ww. pielęgniarką POZ. (dowód: akta kontroli str. 37-39, 42-129) 3.2. W 2014 roku Świadczeniodawca realizował interwencję nieprogramową organizowaną przez PPIS w Wysokim Mazowieckiem w ramach <i>Światowego dnia bez tytoniu</i>. W ramach projektu podjęto trzy działania, w których udział wzięło 113 świadczeniobiorców. Badanie pięciu kart historii zdrowia i choroby świadczeniobiorców wykazało, że lekarz POZ prowadził edukację prozdrowotną, przekazując pacjentom wiedzę nt. właściwego żywienia, zagrożeń związanych z cukrzycą, paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Właściciel wyjaśnił, że do 2009 roku uczestniczył w większej liczbie programów, jednak późniejsze problemy kadrowe uniemożliwiły mu dalsze działanie w tym kierunku. Dodał, że ograniczył się do prowadzenia instruktaży indywidualnych w trakcie wizyt pacjentów. Ponadto na tablicach znajdujących się na ścianach w poczekalni pacjentów – jak wyjaśnił – wiszą prezentacje, ulotki, plakaty dotyczące dbania o zdrowie, negatywnych skutków palenia tytoniu. Dotyczą one różnych zagadnień i są często zmieniane – zależnie od tego co i kiedy otrzyma od PPIS lub od firm farmaceutycznych. Wyjaśnił też, iż dopiero od 2014 roku, po zatrudnieniu nowej pielęgniarki, powrócił do udziału w realizacji programów zdrowotnych. (dowód: akta kontroli str. 133-136, 138-139) 3.3. Świadczeniodawca nie przekazywał informacji o stanie zdrowia społeczności organom administracji samorządowej. Organy te nie występowały o takie informacje. (dowód: akta kontroli str. 140) 3.4. Z wyjaśnień Właściciela wynikało, że współpraca lekarza POZ z placówkami opieki społecznej polegała na kierowaniu pacjentów (w razie zaistnienia takiej konieczności) do tego typu ośrodków. Właściciel wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą skierował dwóch świadczeniobiorców do placówki opieki społecznej. Zarówno w momencie przyjęcia jak i wypisu pacjenta, placówka pomocowa informowała lekarza POZ o tym fakcie. (dowód: akta kontroli str. 131-132)
Ustalono nieprawidłowości Ocena częściowa	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współdziałanie Świadczeniodawcy z innymi podmiotami.
Opis stanu faktycznego	4. Prowadzenie dokumentacji medycznej 4.1. Analiza 1.300 wpisów w prowadzonej w wersji elektronicznej księdze przyjęć pacjentów dokonanych w styczniu i w czerwcu 2014 roku wykazała, że zawierały one dane wymagane § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹². W styczniu, kwietniu i czerwcu 2014 roku z jednej wizyty skorzystało odpowiednio 403, 399 i 402 pacjentów.

¹¹ Umowa Nr 10-00-02541-13-05-01/13 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z 28 grudnia 2012 r.

¹² Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

Dwu lub trzykrotnie przyjęto w ww. miesiącach kolejno 127, 88 oraz 101 pacjentów. W analizowanych miesiącach żaden pacjent nie skorzystał z porady lekarza POZ więcej niż pięć razy w miesiącu (pięciu porad w jednym miesiącu udzielono dwóm pacjentom).

(dowód: akta kontroli str. 35-36, 130)

Od 1 stycznia 2009 r. zbiorcza dokumentacja medyczna prowadzona była w wersji elektronicznej przy wykorzystaniu specjalistycznego oprogramowania pn. KS-SOMED. Na dzień zakończenia kontroli Świadczeniodawca wykorzystywał oprogramowanie do prowadzenia księgi przyjęć pacjentów, gromadzenia danych o pacjentach oraz do rozliczeń z POW NFZ. Oprogramowanie KS-SOMED umożliwiało m.in. prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, wystawianie recept, wprowadzenie danych o personelu medycznym, itp. Funkcje programu zapewniały spełnienie wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³.

(dowód: akta kontroli str. 35-36)

4.2. Analiza 10 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45-55 lat (siedmiu kobiet i trzech mężczyzn), którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ w kontrolowanej jednostce przed 1 stycznia 2012 r. i najczęściej korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2014 roku wykazała, że dokumentacja zawierała elementy wymagane w art. 25 (i następnych) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁴ (dalej: „ustawa o prawach pacjenta i RPP”).

Dziewięć z 10 kart zawierało wpisy o chorobach przewlekłych pacjentów. Informacje o przebytych poważnych chorobach zamieszczono w sześciu z nich. Pomiar wzrostu i masy ciała (BMI) odnotowano w pięciu kartach, zaś informacje o pobytach szpitalnych – w czterech, o uczuleniach – w dwóch, o zabiegach operacyjnych i o obciążeniach dziedzicznych – w jednej. Żadna karta nie zawierała natomiast informacji o stanie uzębienia, szczepieniach i stosowanych surowicach.

Właściciel wyjaśnił, że prowadzi wywiad ogólny wśród pacjentów, jednak wpisów dokonuje tylko w przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie np. o przebytych poważnych chorobach. Dokumentacja jest stale uzupełniana w toku kolejnych wizyt pacjenta, który informuje o swoim stanie zdrowia.

Badanie wpisów o 10 wizytach odnotowanych w historii zdrowia i choroby ww. świadczeniobiorców wykazało, że w trakcie wszystkich wizyt z czerwca 2014 roku przeprowadzono badanie podmiotowe, a w trakcie siedmiu badanie przedmiotowe. W sześciu przypadkach skierowano pacjenta na badania diagnostyczne, konsultacje lub zabiegi, a w ośmiu – przepisano pacjentowi leki. W trakcie żadnej wizyty w dokumentacji pacjenta nie odnotowano jednak opisu wyników wcześniej zleconych badań diagnostycznych. Wszystkie wizyty zawierały rozpoznanie (kod ICD-10) oraz datę i podpis lekarza dokonującego wpisu.

W okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. ww. świadczeniobiorcy odbyli łącznie 159 wizyt, w ramach których dokonano 69 (43,4% ogółu) pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, a 56 (35,2%) wizyt związanych było wyłącznie z powtórzeniem leków. Wszystkie porady udzielone były przez lekarza POZ wybranego przez świadczeniobiorców (wskazanego w deklaracji wyboru) – tj. Mohammada Hassana Janghorbaniego.

(dowód: akta kontroli str. 37-39, 133-135)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach, świadczenia lekarza POZ obejmują wykonywanie badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych. Tymczasem w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. w żadnej z 10 zbadanych kart historii zdrowia i choroby nie zamieszczono wpisów o przeprowadzonym badaniu per rectum, a w żadnej z sześciu kart kobiet – wpisu o badaniu gruczołu piersiowego i/lub instruktażu samobadania piersi oraz informacji

¹³ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

o wykonanych badaniach cytologicznych, tj. o badaniach profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania niektórych chorób nowotworowych.

W kartach ośmiu osób odnotowano natomiast wykonanie przynajmniej raz badania poziomu cukru we krwi. Siedmiu pacjentom zmierzono ciśnienie tętnicze krwi, w tym dwóm badanie takie przeprowadzono raz.

Właściciel wyjaśnił, że nie wykonuje profilaktycznie badania gruczołu piersiowego. Badanie wykonuje jedynie pacjentkom, które zgłaszają się z konkretną dolegliwością, zgłaszają ból piersi lub guzek. Wyjaśnił też, że badanie per rectum wykonuje sporadycznie – w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych lub nasilenia objawów choroby podstawowej, gdy pacjent nie ma dostępu do poradni urologicznej, w której się leczy.

(dowód: akta kontroli str. 37-39, 141)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

5. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Opis stanu
faktycznego

5.1. Zgodnie z informacją umieszczoną na tablicy informacyjnej w miejscu udzielania świadczeń, pacjenci mogli rejestrować się na wizytę osobiście, telefonicznie lub przez osobę trzecią. Właściciel wyjaśnił, że pacjenci w stanach nagłych i ciężkich przyjmowani byli poza kolejnością. Blisko 100% pacjentów przyjmowanych jest w dniu zgłoszenia się na wizytę. Pacjenci zgłaszający się w celu powtórzenia leków są przyjmowani w normalnym trybie, a skierowania na okresowe badania diagnostyczne wydawane są zazwyczaj podczas ostatniej wizyty w celu wykonania tych badań przed wizytą kontrolną.

(dowód: akta kontroli str. 25-32, 35-36, 131-132, 143)

5.2. Badania diagnostyczne wykonywane były przez podmioty zewnętrzne, na podstawie umów zawartych ze Szpitalem Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem (umowa z 25 stycznia 2005 r. na wykonywanie badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, radiologicznych oraz ultrasonograficznych) oraz z DIAGNOSTYKA Sp. z o.o. w Krakowie Oddział w Białymstoku (umowa z 19 stycznia 2010 r. na wykonywanie badań laboratoryjnych). Łączny koszt zleconych badań w poszczególnych półroczach 2013 i 2014 roku wyniósł kolejno 9.156 zł, 8.176 zł oraz 10.071 zł. Informacja zamieszczona na tablicy informacyjnej wskazywała miejsce i czas pobierania materiału do badań krwi (gabinet zabiegowy – poniedziałek, środa, piątek, w godzinach od 8:15 do 10:00).

Właściciel wyjaśnił, że kierowanie pacjentów na badania diagnostyczne odbywa się wg. potrzeb, bez określonych limitów – w celu dokładnej diagnozy stanu zdrowia pacjenta z grupy ryzyka, przewlekłe chorego lub np. po hospitalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 40-41, 131-132, 137)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie dostępności pacjentów do świadczeń POZ i badań diagnostycznych.

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

6.1. Indywidualną dokumentację medyczną świadczeniobiorców przechowywano w przystosowanych do tego szafach, znajdujących się w wydzielonym boksie połączonym z rejestracją pacjentów. Stacjonarny komputer oraz oprogramowanie wykorzystywane do prowadzenia księgi przyjęć zabezpieczone były loginami oraz wieloznakowymi hasłami dostępowymi. Serwer, na którym gromadzono dane pacjentów znajdował się w poradni lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli str. 25-31, 35-36)

6.2. Świadczeniodawca nie poinformował świadczeniobiorców o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej oraz o cenach sporządzenia odpisu, zestawienia lub kopii dokumentacji. Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPP podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę za udostępnianie dokumentacji

medycznej. Właściciel wyjaśnił, że jeżeli pacjent zgłasza się z prośbą o sporządzenie kserokopii dokumentacji to wykonywana jest ona bezpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 133-135)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Rozliczanie umów o świadczenia POZ

Opis stanu
faktycznego

7.1. W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca realizował dwie umowy zawarte z POW NFZ o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej: z 30 grudnia 2011 (obowiązująca do 31 grudnia 2012 r.; jednokrotnie¹⁵ aneksowana) oraz z 28 grudnia 2012 r. (obowiązująca do 31 grudnia 2014 r.; aneksowana czterokrotnie¹⁶).

(dowód: akta kontroli str. 42-129)

7.2. Wyżej wymienione umowy były realizowane z udziałem podwykonawców opisanych w pkt. 5.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

7.3. Świadczeniodawca przedkładał POW NFZ miesięczne rachunki za udzielanie świadczeń POZ. Sporządzano je na podstawie otrzymanych z POW NFZ raportów o ilości deklaracji wyboru lekarza POZ, złożonych do Świadczeniodawcy, z podziałem na usługi szczegółowe (grupy wiekowe i porady udzielone pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i chorób układu krążenia). Analiza przeprowadzona na próbie rachunków wystawionych za styczeń i czerwiec 2012, 2013 i 2014 roku wykazała, że w każdym przypadku ilość deklaracji stanowiących podstawę obliczenia należności wykazywanych na rachunku była zgodna z raportem wygenerowanym przez POW NFZ, zaś stawki za usługi były zgodne z umową zawartą z POW NFZ. Wynagrodzenie Świadczeniodawcy z tytułu świadczeń POZ wykonanych na podstawie umowy zawartej z POW NFZ wyniosło:

- w styczniu i w czerwcu 2012 r. kolejno 19.012,80 zł i 19.620,80 zł za odpowiednio 1.618 i 1.679 pacjentów,
- w styczniu i w czerwcu 2013 r. kolejno 20.376 zł i 21.116,80 zł za 1.741 i 1.806 pacjentów,
- w styczniu i w czerwcu 2014 roku odpowiednio 21.555,20 zł i 21.369,60 zł za 1.853 i 1.856 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 144-155)

7.4. W okresie objętym kontrolą POW NFZ nie nałożył na Świadczeniodawcę kar umownych związanych z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 140)

7.5. Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez NFZ, Okręgową Izbę Lekarską, Naczelną Radę Lekarską, wojewodę, konsultanta krajowego lub wojewódzkiego z dziedziny medycyny rodzinnej.

(dowód: akta kontroli str. 140)

7.6. W latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca) PPIS przeprowadził u Świadczeniodawcy trzy kontrole, co szczegółowo opisano w pkt. 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie rozliczania umów o świadczenia POZ.

¹⁵ Aneks z 13 grudnia 2012 r. – zmiana dotyczyła oznaczenia Świadczeniodawcy.

¹⁶ Aneks z 29 kwietnia 2013 r. – zmiana dotyczyła warunków finansowania usług, aneks z 27 maja 2013 r. – zmiana dotyczyła okresu obowiązywania umowy oraz harmonogramu/zasobów Świadczeniodawcy, aneks z 16 grudnia 2013 r. – zmiana dotyczyła przedłużenia okresu obowiązywania umowy z określeniem jej przedmiotu, aneks z 4 lipca 2014 r. – zmiana dotyczyła zmienionego zarządzenia Prezesa NFZ, w oparciu o które umowa była realizowana.

IV. 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 Kontroli¹⁷, wnosi o:

1. Zaktualizowanie wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Opracowanie regulaminu organizacyjnego, zgodnie z wymaganiami art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej.
3. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania działalności profilaktycznej w celu wczesnego rozpoznania chorób, wymaganych art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 w Białymstoku.

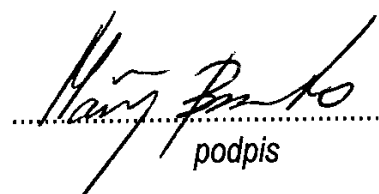
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

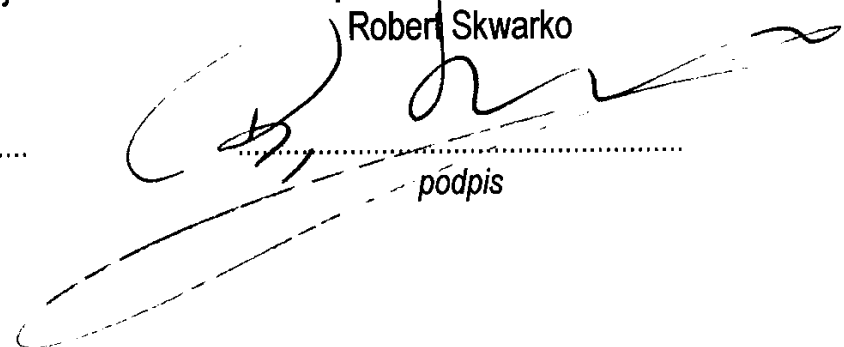
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 19 listopada 2014 r.

Kontroler
Maciej Brzosko
inspektor kontroli państwowej


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko


.....
podpis

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.