



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-04/2014

P/14/063



03925114

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 91444 z 8 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	J. Sawicka i Partnerzy – Spółka Lekarzy w Suwałkach (dalej: „Spółka Lekarzy”), w ramach wykonywanej działalności przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA-MED Sp. p. w Suwałkach (dalej: „NZOZ” lub „Świadczeniodawca”), ul. Putry 9, 16-402 Suwałki
Kierownik jednostki kontrolowanej	Danuta Iwaszko – kierownik NZOZ

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości realizację przez Świadczeniodawcę świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) oraz prowadzenie edukacji prozdrowotnej w latach 2012–2014 (do 30 czerwca).

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 wymaganego sprzętu medycznego, spełnienie wymogów informacyjnych wobec świadczeniobiorców, a także prawidłowe rozliczanie umów zawartych z POW NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niedokumentowaniu opisu wyników badań gruczołu piersiowego w żadnej z 18 kart historii zdrowia i choroby pacjentek NZOZ, co naruszało postanowienia § 42 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² (dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”), stanowiące, że historia zdrowia i choroby w części dotyczącej wizyt ambulatoryjnych powinna zawierać m.in. dane z badania przedmiotowego,
- niewykazaniu Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach jako jednego z podwykonawców w wykazie stanowiącym załącznik do umowy zawartej z NFZ, co było niezgodne z § 2 ust. 2 tej umowy.

Ponadto, 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 29 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.

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

² Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

1.1. Spółka Lekarzy oraz prowadzony przez nią NZOZ rozpoczęły działalność leczniczą 1 stycznia 2002 r. W dniu 24 sierpnia 2001 r. Świadczeniodawca został wpisany przez Wojewodę Podlaskiego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr 000000010941. (dowód: akta kontroli str. 3-18)

1.2. Na dzień 8 października 2014 r. wpis do księgi rejestrowej był aktualny i zgodny ze stanem faktycznym. Ostatnia zmiana z 27 czerwca 2014 r. polegała na dodaniu informacji dotyczących kontroli przeprowadzonej przez Podlaski Urząd Wojewódzki w dniu 18 czerwca 2014 r. (Rubryka 20 księgi). (dowód: akta kontroli str. 3-18)

1.3. Faktyczny zakres udzielanych świadczeń obejmował leczenie w poradni lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, położnej POZ i świadczenia pielęgniarki szkolnej. Był on zgodny ze statutem NZOZ z 26 lipca 2001 r. i z ww. rejestrem. (dowód: akta kontroli str. 3-18, 22-32)

1.4. Na dzień rozpoczęcia kontroli (11 września 2014 r.) w NZOZ obowiązywał regulamin organizacyjny z 2 stycznia 2012 r., który zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Wskazywał m.in. miejsce udzielania świadczeń, cele i zadania podmiotu, strukturę organizacyjną i sposób kierowania przedsiębiorstwem, a także regulował przebieg procesu udzielania świadczeń i warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi oraz sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 26-32)

1.5. Świadczeniodawca nie posiadał certyfikatu jakości. Zgodnie z wpisem w księdze rejestrowej, posiadał natomiast akredytację do prowadzenia stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalistycznego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu wąszych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵. (dowód: akta kontroli str. 12-18, 264)

1.6. Godziny przyjęć świadczeniobiorców były wskazane w harmonogramie pracy zgłoszonym do POW NFZ. Świadczeń POZ udzielano od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00.

Analiza zgodności udzielania świadczeń przez lekarzy POZ z harmonogramem, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z POW NFZ, przeprowadzona w losowo wybranych dniach (12, 29-30 września oraz 1-3 października 2014 r.) wykazała, że pięciu z ośmiu lekarzy udzielało świadczeń POZ w godzinach innych niż wykazane w tym harmonogramie. Zgodnie z § 2 pkt 6 umowy Nr 10-00-01997-13-06-01/13 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z 28 grudnia 2012 r. zawartej z POW NFZ, obowiązek zgłoszenia zmiany w harmonogramie pracy lekarzy dotyczył przypadków, gdy zaistniała zmiana przekraczająca okres 14 dni. Kierownik wyjaśniła, że przesunięcia godzinowe w pracy lekarzy zdarzają się ze względu na różnego rodzaju nieprzewidziane sytuacje losowe i były to jednostkowe przypadki nie mające wpływu na funkcjonowanie poradni. (dowód: akta kontroli str. 37-56, 74-75, 255-259, 261-263)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację Świadczeniodawcy.

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.

Opis stanu
faktycznego

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

2.1. Zasoby Spółki Lekarzy służące wykonywaniu przez NZOZ świadczeń opieki zdrowotnej, tj. rodzaj pomieszczeń, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny były zgodne z umową i jej załącznikami oraz 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 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 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. 48-56)

2.2. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Suwałkach⁸, przeprowadził u Świadczeniodawcy pięć kontroli, z których dwie swoim zakresem obejmowały ocenę przestrzegania wymagań higieniczno-sanitarnych. Pozostałe trzy kontrole dotyczyły m.in. oceny wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych oraz monitoringu ostrych porażień wiotkich w placówkach lecznictwa otwartego. Żadna z tych kontroli nie wykazała nieprawidłowości w działalności NZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 57-69)

2.3. Świadczeniodawca częściowo zapewnił osobom niepełnosprawnym właściwy dostęp do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Budynek posiadał dwa podjazdy dostosowane do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zaś drzwi wejściowe do budynku były pozbawione progów lub innych barier architektonicznych. Do potrzeb osób niepełnosprawnych nie dostosowano jednak pomieszczeń sanitarnych, zaś budynek nie posiadał windy umożliwiającej osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich korzystanie ze świadczeń zdrowotnych na I piętrze, na którym zorganizowano poradnię dla dorosłych. Kierownik wyjaśniła, że jeżeli pacjent nie jest w stanie dostać się na I piętro lekarz udziela świadczeń w gabinecie zabiegowym zlokalizowanym na parterze.

(dowód: akta kontroli str. 48-56, 255-259)

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 zdrowotnej⁹. Poinformował świadczeniobiorców m.in. o: osobach udzielających świadczeń z podaniem miejsca i czasu ich udzielania, zasadach zapisu na wizyty, trybie składania skarg i wniosków ze wskazaniem adresów oraz danych kontaktowych do właściwych podmiotów, a także o prawach pacjenta i podmiotach udzielających świadczeń w nocy oraz w niedzielę i święta. Zamieścił też numery telefonów ratownictwa medycznego oraz informację o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju.

(dowód: akta kontroli str. 48-56)

2.5. Świadczenia z zakresu lekarza POZ, stosownie do postanowień umowy zawartej z POW NFZ, wykonywane były przez ośmiu lekarzy, którzy spełniali wymagania pozwalające na udzielanie świadczeń w zakresie POZ. W okresie od stycznia 2012 r. do 15 czerwca 2014 r.:

- trzech z nich spełniało obowiązujące do 15 czerwca 2014 r. wymogi, ustalone w art. 5 pkt 13 lit. a ustawy o świadczeniach, gdyż byli specjalistami z dziedziny medycyny rodzinnej,
- czterech – wymogi określone w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁰, bowiem posiadali specjalizacje lub tytuł specjalisty z dziedziny chorób wewnętrznych bądź pediatrii,

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248.

⁷ Zmienione zarządzeniami: Nr 85/2011/DSOZ, Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ.

⁸ Kontrole z 19 października 2012 r. oraz z 25 października 2013 r.

⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

¹⁰ Dz. U. Nr 166, poz. 1172.

- jeden lekarz do 24 listopada 2012 r. (kiedy to uzyskał tytuł specjalisty z chorób wewnętrznych) nie posiadał żadnej specjalizacji, lecz zatrudniony był w NZOZ od 1 lipca 2005 roku i na mocy art. 14 ust. 3 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw mógł udzielać świadczeń z zakresu POZ do 31 grudnia 2017 r.

Po 15 czerwca 2014 r. lekarze zatrudnieni w NZOZ spełniali zaś wymagania ustalone we wprowadzonym wówczas art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach. Trzech z nich posiadało specjalizację lub tytuł specjalisty z dziedziny medycyny rodzinnej, trzech z chorób wewnętrznych, a dwóch z pediatrii. Zgodnie jednak z wymogami ustalonymi w art. 55 ust. 2b w związku z art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach, lekarze posiadający m.in. specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych albo pediatrii są obowiązani w okresie 3 lat ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

W przeliczeniu na pełne etaty¹¹, stan zatrudnienia w latach 2012-2014 wynosił 6,9 etatu. W roku 2012 lekarze medycyny rodzinnej zatrudnieni byli na 3,3 etatu, chorób wewnętrznych – 1,3 etatu, pediatrii – 2,2 etatu, bez specjalizacji – 0,1 etatu. Po zwiększeniu liczby lekarzy chorób wewnętrznych do trzech i tym samym niezatrudnianiu lekarza bez specjalizacji, w latach 2013-2014 stan zatrudnienia lekarzy medycyny rodzinnej wynosił 3,3 etatu, lekarzy chorób wewnętrznych – 1,4 etatu, a pediatrów – 2,2 etatu.

W ramach świadczeń lekarza POZ Świadczeniodawca wykazywał pięć pielęgniarek, zaś w ramach świadczeń pielęgniarki POZ wykazano osiem pielęgniarek (w tym trzy wymienione w harmonogramie pracy w zakresie świadczeń lekarza POZ). W ramach świadczeń położnej POZ Świadczeniodawca wykazał dwie położne, zaś w ramach świadczeń pielęgniarki szkolnej – jedną pielęgniarkę i trzy higienistki szkolne.

(dowód: akta kontroli str. 33-47, 70, 149-240, 267, 301-3017)

2.6. W 2012 roku liczba deklaracji wyboru lekarza POZ wynosiła w styczniu i w czerwcu 16.462 i 16.641 deklaracji, w 2013 roku kolejno 16.915 i 16.867, a w 2014 roku 16.828 i 16.872. W przeliczeniu na jednego lekarza liczba deklaracji wahała się od 1.134 (w styczniu 2012 roku) do 3.698 (w czerwcu 2014 r.). Deklaracje składano do sześciu z ośmiu lekarzy zatrudnionych w NZOZ. W przypadku tylko jednego lekarza liczba deklaracji w całym okresie objętym kontrolą nie przekraczała limitu 2.750, określonego w § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ. Na jeden etat lekarza w styczniu, czerwcu i grudniu 2013 roku przypadało odpowiednio 2.457, 2.444 i 2.444 pacjentów, zaś w styczniu i czerwcu 2014 roku – 2.439 i 2.445 pacjentów, a zatem mniej od tego limitu.

(dowód: akta kontroli str. 71, 73)

2.7. W styczniu 2012 roku łączna liczba świadczeniobiorców objętych opieką lekarza POZ wynosiła 16.462 osób, w tym: 1.494 w wieku 0-6 lat (9,1% ogółu), 3.269 w wieku 7-19 lat (19,9%), 10.686 w wieku 20-65 lat (64,9%) oraz 1.013 osób powyżej 65 lat (6,2%). Z każdym rokiem liczba świadczeniobiorców w grupie wiekowej 20-65 lat zwiększała się, zaś w pozostałych grupach nieznacznie rosła lub malała (zależnie od miesiąca i roku). I tak w czerwcu 2014 roku liczba świadczeniobiorców wynosiła 16.872 pacjentów, w tym: 1.374 osób w wieku 0-6 lat (8,1% ogółu), 3.071 w wieku 7-19 lat (18,2%), 11.233 w wieku 20-65 lat (66,6%) i 1.194 osób powyżej 65 lat (7,1%).

W styczniu 2012 r. lekarze POZ udzielili 5.400 porad lekarskich, w tym: 978 pacjentom w wieku 0-6 lat, 846 osobom w wieku 7-19 lat, 2.777 pacjentom w wieku 20-65 lat oraz 799 pacjentom powyżej 65 roku życia. Najczęściej z porad lekarza POZ korzystały osoby w wieku 20-65 lat (najliczniejsza grupa pacjentów). Liczba świadczeń POZ udzielonych tej grupie wiekowej stanowiła 51,4% ogółu porad udzielonych w styczniu 2012 roku. Najrzadziej z porad lekarza POZ korzystały osoby w wieku 0-6 lat (trzecia co do liczebności grupa pacjentów). Liczba świadczeń udzielonych tym osobom stanowiła 18,1% porad udzielonych w styczniu 2012 roku. W czerwcu 2014 roku pacjenci w wieku 20-65 lat i 0-6 lat

¹¹ Etat lekarza = 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

Ustalono
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

korzystali z porad lekarza POZ odpowiednio: 2.743 (50,8% ogólnej liczby porad) i 879 (16,3%) razy. (dowód: akta kontroli str. 72-73)

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

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w czerwcu 2014 roku liczba deklaracji złożonych do czterech z sześciu lekarzy POZ przekraczała limit 2.750 osób¹², określony w § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ. Mimo przekroczonego limitu, Świadczeniodawca nadal przyjmował od pacjentów deklaracje wyboru lekarza, w których wskazywali oni lekarzy z przekroczonym limitem świadczeniobiorców.

Kierownik NZOZ wyjaśniła, że deklaracje były przyjmowane, ponieważ pacjenci nie dawali innego wyboru i nie godzili się na objęcie opieką przez innego lekarza niż wskazany przez nich w deklaracji. Ponadto wyjaśniła, że przekroczone limity nie miały wpływu na udzielanie porad przez lekarzy. Pacjenci byli przyjmowani na bieżąco lub ewentualnie przez innego lekarza – za zgodą pacjenta. (dowód: akta kontroli str. 71, 255-259)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie zapewnienia zasobów kadrowych i sprzętowych, związanych z realizacją umów z NFZ.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych

3.1. Umowy Świadczeniodawcy z POW NFZ dotyczyły świadczeń lekarza POZ, świadczeń pielęgniarki POZ, świadczeń położnej POZ oraz świadczeń pielęgniarki szkolnej¹³. Świadczeniodawca w ramach prowadzonego NZOZ zapewniał świadczeniobiorcom dostęp do usług medycznych pielęgniarki i położnej. Deklaracje wyboru pielęgniarki POZ złożone przez 29 wytypowanych do zbadania świadczeniobiorców wskazywały pielęgniarki i położne, które były zatrudnione u Świadczeniodawcy. W deklaracjach wyboru pielęgniarek i położnych wskazano ich lokalizację. (dowód: akta kontroli str. 37-47, 76-80, 86-240)

3.2. W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca nie realizował programów zdrowotnych i profilaktycznych. Kierownik wyjaśniła, że powodem była zbyt duża liczba przyjmowanych pacjentów i wynikający z tego brak możliwości czasowych i kadrowych uczestnictwa w tego typu programach.

Badanie pięciu kart historii zdrowia i choroby świadczeniobiorców wykazało, że lekarze POZ prowadzili edukację prozdrowotną, przekazując pacjentom wiedzę nt. właściwego żywienia, zagrożeń związanych z cukrzycą, paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu.

(dowód: akta kontroli str. 76-80, 255-259)

3.3. Świadczeniodawca nie przekazywał informacji o stanie zdrowia społeczności organom administracji samorządowej. Organy te nie występowały o takie informacje.

(dowód: akta kontroli str. 255-259, 264)

3.4. Współpraca lekarza POZ z placówkami opieki społecznej polegała na kierowaniu pacjentów (w razie zaistnienia takiej konieczności) do tego typu ośrodków. Kierownik wyjaśniła, że informacje o pacjencie, który trafia np. do domu pomocy społecznej przekazywane są do NZOZ przez rodzinę lub w ramach wymiany informacji między personelem placówek. (dowód: akta kontroli str. 255-259)

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniobiorcy w zakresie współdziałania z innymi podmiotami.

¹² 2.757, 3.698, 3.483, 3.111 deklaracji.

¹³ Umowa Nr 10-00-01997-12-05-01/13 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z 30 grudnia 2011 r. oraz umowa nr 10-00-01997-13-06-01/13 z 28 grudnia 2012 r.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

4.1. Analiza 11.362 wpisów w prowadzonej w wersji elektronicznej księdze przyjęć pacjentów dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 roku wykazała, że zawierały one dane wymagane § 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. W styczniu, kwietniu i czerwcu 2014 roku z jednej wizyty skorzystało odpowiednio 3.496, 3.228 i 3.067 pacjentów. Dwu lub trzykrotnie w ww. miesiącach przyjęto kolejno 1.114, 1.009 oraz 940 osób. Dziesięciu pacjentów (czterech w styczniu oraz po trzech w kwietniu i czerwcu 2014 roku) korzystało sześć razy z porady lekarza POZ w ciągu jednego miesiąca (była to największa liczba porad udzielonych jednemu pacjentowi w miesiącu). Z wyjaśnień Kierownika wynika, że wszystkie wizyty w przypadku tych 10 osób były uzasadnione względami medycznymi. (dowód: akta kontroli str. 74-75, 255-259)

W okresie objętym kontrolą zbiorczą dokumentacja medyczna prowadzona była w wersji elektronicznej przy wykorzystaniu specjalistycznego oprogramowania pn. KS-PPS. Na dzień zakończenia kontroli Świadczeniodawca wykorzystywał oprogramowanie do rejestracji pacjentów, prowadzenia księgi przyjęć, wystawiania recept i skierowań, do rozliczeń z POW NFZ, weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego oraz gromadzenia danych nt. zatrudnianego personelu.

Oprogramowanie KS-PPS umożliwiało prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Funkcje programu zapewniały spełnienie wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁴. (dowód: akta kontroli str. 74-75)

4.2. Analiza 29 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45-55 lat (18 kobiet – 62,1%, 11 mężczyzn – 37,9%), 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 prowadzona dokumentacja zawierała elementy wymagane w art. 25 (i następnych) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵ (dalej: „ustawa o prawach pacjenta i RPP”).

Z 29 kart, 27 (93,1%) zawierało wpisy o przebytych poważnych chorobach przez pacjenta. Informacje o pobytach szpitalnych zamieszczono w 28 kartach (96,6%), o chorobach przewlekłych zamieszczono w 26 (89,7%), o szczepieniach i podanych surowicach w 21 (72,4%), o zabiegach operacyjnych w 14 (48,3%), o uczuleniach w pięciu (17,2%), a o obciążeniach dziedzicznych w dwóch kartach (6,9%). Żadna karta nie zawierała informacji o stanie uzębienia oraz wykonaniu pomiaru wzrostu i masy ciała (BMI).

Kierownik wyjaśniła, że nie był prowadzony wstępny wywiad ogólny wskazujący historię leczenia lub chorób pacjenta. W dokumentacji zamieszczano informację np. o hospitalizacji lub przebytej poważnej chorobie, gdy takie fakty miały miejsce. Jeżeli w historii zdrowia i choroby nie ma adnotacji np. o zabiegach chirurgicznych, tzn. że pacjent takiego zabiegu nie przeżył. (dowód: akta kontroli str. 76-80, 255-259)

Badanie wpisów w historii zdrowia i choroby wytypowanych do analizy świadczeniobiorców wykazało, że w trakcie 18 z 29 wizyt (62,1%) z czerwca 2014 roku przeprowadzono badanie podmiotowe, a w trakcie 17 (58,6%) badanie przedmiotowe. W 12 przypadkach (41,4%) skierowano pacjenta na badania diagnostyczne, konsultacje lub zabiegi. Dwie wizyty (6,9%) zawierały opis wyników wcześniej zleconych badań diagnostycznych, 18 wizyt (62,1%) skutkowało przepisaniem leków, zaś wszystkie wizyty zawierały rozpoznanie (kod ICD-10) oraz datę i podpis lekarza dokonującego wpisu.

Poddani analizie świadczeniobiorcy od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. odbyli łącznie 852 wizyty, w ramach których wykonano 84 (9,9%) pomiary ciśnienia tętniczego krwi, a 300 wizyt (35,2%) związanych było wyłącznie z powtórzeniem leków. Z 852 porad – 687 (80,6%), udzielonych było przez lekarza POZ wskazanego przez świadczeniobiorców w deklaracji wyboru. (dowód: akta kontroli str. 76-80)

¹⁴ Dz. U. z Nr 113, poz. 657 ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezamieszczeniu w żadnej z 18 zbadanych kart historii zdrowia i choroby pacjentek opisu wyniku badania gruczołu piersiowego. Jak wynika z przytoczonych niżej wyjaśnień Kierownik NZOZ, nie wpisywano do nich bowiem informacji o wykonaniu tego badania i o przeprowadzeniu instruktażu samobadania piersi. Stanowiło to naruszenie § 42 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym historia zdrowia i choroby w części dotyczącej wizyt ambulatoryjnych powinna zawierać m.in. dane z badania przedmiotowego.

Ponadto 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 chorób nowotworowych. Od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. w żadnej z 29 kart historii zdrowia i choroby nie zamieszczono jednak wpisu o przeprowadzonym badaniu per rectum, a w żadnej z 18 zbadanych kartach kobiet – wpisu o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktażu samobadania piersi oraz informacji o wykonanych badaniach cytologicznych, tj. o badaniach profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania niektórych chorób nowotworowych.

W kartach 23 pacjentów (79,3%) odnotowano natomiast wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, a w 13 kartach (44,8%) – wykonanie badania poziomu cukru we krwi.

Kierownik NZOZ wyjaśniła, że lekarze kierują pacjentów na profil lipidowy, badają EKG, cukier – glukozę, dokonują częstych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. W przypadku mężczyzn zwraca się uwagę na tzw. objawy alarmowe – czyli objawy ogólne jak utrata masy ciała, zaburzenia oddawania moczu, stolca. W takich przypadkach pacjent kierowany jest do poradni specjalistycznej – urologicznej w przypadku mężczyzn. Kobiety pytane są o ostatnie wizyty u ginekologa, ostatnio wykonywaną cytologię i badanie piersi. Kierownik wyjaśniła, że kobiety są zachęcane do korzystania ze świadczeń lekarzy ginekologów. Każdy lekarz udziela informacji, gdzie można wykonać badania specjalistyczne i gdzie znajduje się odpowiednia poradnia. Ponadto Kierownik wyjaśniła, że lekarze POZ nie wykonują badań per rectum, natomiast wykonywane jest badanie gruczołu piersiowego u kobiet, a także udzielany jest instruktaż samobadania piersi. Zdarzenia te co do zasady nie są dokumentowane w historii zdrowia i choroby pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 76-80, 265)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości 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 są przyjmowani zgodnie z harmonogramem pracy Świadczeniodawcy. Mogli oni rejestrować się na wizytę osobiście, telefonicznie lub przez osobę trzecią. Kierownik wyjaśniła, że pacjenci w stanach nagłych i ciężkich przyjmowani byli poza kolejnością, natomiast pacjenci zgłaszający się w celu powtórzenia leków lub wypisania skierowania – w normalnym trybie.

(dowód: akta kontroli str. 255-259, 261-264)

5.2. Badania diagnostyczne w ramach umów zawartych z POW NFZ wykonywane były przez siedem podmiotów zewnętrznych, na podstawie zawartych z nimi umów (na dzień zakończenia kontroli wszystkie umowy były aktualne). Umowy dotyczyły wykonywania badań USG i RTG, diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej oraz badań endoskopowych. Łączny koszt zleconych badań w poszczególnych półroczach 2013 i 2014 roku wyniósł odpowiednio 151.243 zł, 131.137 zł oraz 152.760 zł. Zgodnie z informacją zamieszczoną na tablicy informacyjnej materiał do badań krwi pobierany był w gabinecie zabiegowym Świadczeniodawcy, codziennie od 07:30 do 09:00.

(dowód: akta kontroli str. 81-85)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niewykazaniu w wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy zawartej 28 grudnia 2012 r. z POW NFZ oraz w aneksach do tej umowy, Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, jako podwykonawcy, mimo iż Świadczeniodawca zlecał temu podmiotowi wykonywanie badań diagnostycznych, co było niezgodne z § 2 ust. 2 powołanej umowy. Łączny koszt tych badań w latach 2013 – 2014 wyniósł 20.292 zł.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości była Kierownik NZOZ, do której – zgodnie z § 7 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego – należało wykonywanie wszystkich obowiązków i praw, jakie na podmiot leczniczy nakładają powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a także prowadzenie spraw i reprezentowanie podmiotu leczniczego na zewnątrz.

Kierownik NZOZ wyjaśniła, że nie uwzględniono Szpitala Wojewódzkiego w wykazie podwykonawców w wyniku niedopatrzania.

(dowód: akta kontroli str. 26-32, 81-84, 149-240, 255-259)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie dostępności pacjentów do świadczeń POZ i badań diagnostycznych. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała wpływu na dostępność pacjentów do tych świadczeń.

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

6.1. Indywidualną dokumentację medyczną świadczeniobiorców przechowywano w przystosowanych do tego szafach znajdujących się w wydzielonym pomieszczeniu, połączonym z rejestracją pacjentów (na parterze – poradnia pediatryczna, na I piętrze – poradnia dla dorosłych). Stacjonarne komputery oraz oprogramowanie wykorzystywane do prowadzenia księgi przyjęć zabezpieczone były loginami oraz wieloznakowymi hasłami dostępowymi. Dane gromadzone były w pamięci komputerów służących do obsługi oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 48-56, 74-75)

6.2. Świadczeniodawca poinformował świadczeniobiorców o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej. Na tablicy informacyjnej umieszczono cennik sporządzenia kopii jednej strony dokumentacji medycznej. Kierownik NZOZ wyjaśniła, że o zasadach wykonywania kopii dokumentacji medycznej pacjenci informowani są ustnie w rejestracji, w sytuacji gdy pacjent zgłasza potrzebę uzyskania takiej kopii.

(dowód: akta kontroli str. 255-259)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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.; trzykrotnie¹⁶ aneksowana) oraz z 28 grudnia 2012 r. (obowiązująca do 31 grudnia 2014 r.; czterokrotnie¹⁷ aneksowana).

(dowód: akta kontroli str. 86-240)

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

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

(dowód: akta kontroli str. 264)

¹⁶ Aneks z 13 kwietnia 2012 r. – zmiana dotyczyła wprowadzenia adresu podmiotu, aneks z 20 grudnia 2012 r. – zmiana w załączniku nr 1 do umowy (harmonogram – zasoby), aneks z 24 grudnia 2012 r. – zmiana w załączniku nr 2 do umowy (wykaz podwykonawców).

¹⁷ Aneks nr 1 – zmiana w załączniku nr 1 do umowy (harmonogram-zasoby), aneks z 29 kwietnia 2013 r. – zmiana dotyczyła ustalenia warunków finansowania na kolejny okres rozliczeniowy, aneks z 20 maja 2013 r. – zmiana w załączniku nr 1 do umowy (harmonogram-zasoby) oraz okresu obowiązywania kwot określonych w § 10 umowy, aneks z 16 grudnia 2013 r. – zmiana dotyczyła przedłużenia obowiązywania umowy na kolejny rok, tj. do 31 grudnia 2014 r.

7.4. 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 159.646,40 zł i 162.488 zł za odpowiednio 16.457 i 16.640 pacjentów,
 - w styczniu i w czerwcu 2013 r. kolejno 163.672 zł i 162.552 zł za 16.915 i 16.867 pacjentów,
 - w styczniu i czerwcu 2014 roku odpowiednio 162.558,40 zł i 162.918,40 zł za 16.828 i 16.872 pacjentów.
- (dowód: akta kontroli str. 268-300)

7.5. Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez NFZ, Okręgową Izbę Lekarską, Naczelną Radę Lekarską, konsultanta krajowego lub wojewódzkiego z dziedziny medycyny rodzinnej. W dniu 18 czerwca 2014 r. Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku przeprowadził u Świadczeniodawcy kontrolę, której przedmiotem była ocena podmiotów leczniczych w zakresie realizacji opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem realizowanej w POZ – w toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 69, 264)

7.6. W latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Suwałkach przeprowadził u Świadczeniodawcy pięć kontroli, co szczegółowo opisano w pkt. 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

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 Kontroli¹⁸, wnosi o:

1. Zlecenie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych wyłącznie podmiotom wymienionym w wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z POW NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania i dokumentowania działalności profilaktycznej w celu wczesnego rozpoznania chorób, wymaganej 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.

¹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

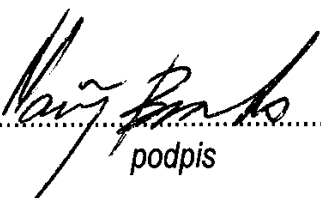
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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.

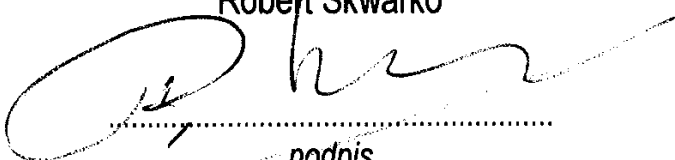
Białystok, dnia 20 listopada 2014 r.

Kontroler
Maciej Brzosko
inspektor kontroli państwowej



.....
podpis

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



.....
podpis