



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.017.01.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

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

lgd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontroler	Maria Mieszalska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/74/2016 z 5 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	„Przychodnia Orłowo” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wrocławska 54, 81-553 Gdynia (dalej: „Przychodnia”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	lek. med. Małgorzata Litwińska-Roszak, Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 3-21)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹, że w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Przychodni zapewniono świadczeniobiorcom dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) uprawnionym - zgodnie z art. 55 ust. 2 w zw. z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach² - do wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: karta „DiLO”). Spośród lekarzy zatrudnionych w POZ, od 86% do 90% etatów przypadło na lekarzy uprawnionych do wydania kart DiLO, a liczba zadeklarowanych do nich pacjentów nie przekroczyła określonego przez Prezesa NFZ limitu. W latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) większość lekarzy POZ (10 z 11) podnosiło swoje kwalifikacje zawodowe na konferencjach/szkoleniach, w tym wszyscy lekarze udzielający świadczeń w poradni dla dorosłych w zakresie wykrywania nowotworów. Lekarze POZ zlecili lub odnotowali w dokumentacji medycznej pacjentów badania profilaktyczne i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych związanych z nowotworem, którego dotyczyła wydana karta DiLO.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły głównie przekazania do POW NFZ³ niekompletnej sprawozdawczości, w tym o liczbie badań diagnostycznych stanowiących podstawę wydania kart DiLO oraz niesprawozdania wydania 81 kart DiLO (jako wizyt związanych z ich wydaniem). Ponadto nie dołączono do dokumentacji medycznej 92 pacjentów (spośród 137 badanych) kopii wydanych kart DiLO, a kopie 18 kart wydanych w 2015 r. nie zawierały wszystkich danych wymaganych przepisami kolejnych rozporządzeń w sprawie wzoru karty DiLO⁴.

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 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).

³ Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁴ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751) – obowiązującego w okresie od 1 stycznia do 31 października 2015 r. w przypadku 16 kart DiLO wydanych w ww. okresie i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627) – obowiązującego od 1 listopada 2015 r. w przypadku dwóch kart DiLO wydanych w ww. okresie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Spełnianie przez świadczeniodawców wybranych wymogów, w tym pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

Wielkość i struktura zatrudnienia lekarzy udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni w latach 2014-2016 (do 30 czerwca) nie ulegały istotnym zmianom. Wynosiła w kolejnych latach odpowiednio 13, 14 i 14 lekarzy pracujących⁵ ogółem na 8,639, 8,772 i 9,352 etatu. We wskazanych wyżej okresach:

- największa liczba etatów (odpowiednio 46%, 40% i 37%) przypadała lekarzom posiadającym tytuł specjalisty medycyny rodzinnej (poprzedzony, z wyjątkiem jednego lekarza, uzyskaniem specjalizacji I stopnia medycyny ogólnej lub chorób wewnętrznych) – odpowiednio pięciu lekarzy na 4 etatach i po czterech lekarzy na 3,5 etatu,
- najwięcej zatrudnionych było lekarzy posiadających specjalizację I stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii – w 2014 r. i 2016 r. było to pięciu lekarzy łącznie na 3,007 etatu (z tego jeden na 0,132 etatu wykonywał jedynie szczepienia), a w 2015 r. sześciu na 3,139 etatu, z tego dwóch – 0,264 etatu, wykonywało jedynie szczepienia,
- w 2014 r. i 2016 r. dwóch lekarzy zatrudnionych łącznie na 1,5 etatu posiadało tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia z chorób wewnętrznych, a w 2015 r. trzech na 1,632 etatu,
- świadczeń udzielali również trzej lekarze w trakcie specjalizacji (z chorób wewnętrznych oraz z medycyny rodzinnej), odpowiednio jeden na 1,320 etatu i po dwóch odpowiednio na 0,633 i 1,213 etatu.

Spośród ww. lekarzy (z wyłączeniem lekarzy wykonujących jedynie szczepienia⁶) większość uprawniona była do wydania karty DiLO, zgodnie z art. 55 ust. 2 w zw. z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach. W 2015 r. było to 10 (71,4%) lekarzy pracujących na 7,875 etatach (89,8%), w tym pięciu (4,5 etatu) specjalistów medycyny rodzinnej, jeden (0,5 etatu) ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych oraz czterech (2,875 etatu) specjalistów pediatrii lub ze specjalizacją II stopnia z pediatrii. Natomiast w 2016 r. było to 11 lekarzy (78,6%) na 8,007 etatu (85,6%), tj. o jeden lekarz (0,132 etatu) więcej niż w 2015 r., posiadający specjalizację z chorób wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 22-39)

W styczniu i czerwcu 2016 r. liczba świadczeniobiorców objętych opieką łącznie 11 lekarzy POZ wyniosła odpowiednio 13.509 i 13.570 osób, co stanowiło wzrost o 177 (1,3%) i 70 (0,5%) w porównaniu do analogicznego okresu w 2015 r., w którym liczba ta wyniosła odpowiednio 13.332 i 13.500, natomiast spadek o 1.389 (9,3%) i 1.120 (7,6%) w porównaniu do analogicznego okresu w 2014 r., w którym liczba ta wyniosła odpowiednio 14.898 i 14.690, z tym że w styczniu 2014 r. świadczeniobiorcy zadeklarowani byli do 12 lekarzy.

Jedynie w styczniu i czerwcu 2014 r. – dla dwóch lekarzy odpowiednio z 12 i 11 oraz w czerwcu 2016 r. – dla jednego lekarza z 11, liczba świadczeniobiorców objętych ich opieką przekroczyła 2.500 osób i wyniosła odpowiednio 2.668 i 2.651, 2.692 i 2.620 oraz 2.502, ale nie przekroczyła limitu 2.750 osób, określonego

⁵ Na podstawie umów o pracę oraz umów zlecenia.

⁶ Zgodnie z art. 55 ust. 2 ustawy o świadczeniach posiadali kwalifikacje do wydania karty DiLO, ale z uwagi na rodzaj wykonywanej pracy w Przychodni takie uprawnienia w elektronicznym systemie do ich wystawiania nie zostały im nadane przez Prezesa Zarządu.

w Zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ⁷.

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką pozostałych lekarzy POZ w styczniu i czerwcu 2014 r.-2016 r. nie przekroczyła 2.500 i wyniosła w 2014 r. odpowiednio od 237 do 2.274 (dla 10 lekarzy), od 418 do 2.256 (dla 9 lekarzy), w 2015 r. i w styczniu 2016 r. (do wszystkich – 11 lekarzy) odpowiednio 422-2.415, 321-2.436, 244-2.482, a w czerwcu 2016 r. – 206-2.435 (do 10 lekarzy).

(dowód: akta kontroli str. 40)

Według danych za styczeń i czerwiec 2014-2016 najliczniejszą, tj. od 59% do 68% grupą wiekową w populacji świadczeniobiorców były osoby w wieku 20-65, a najmniej liczną 6% dzieci w wieku do 6 lat.

Najwięcej, tj. od 37%-42% porad ambulatoryjnych udzielono osobom w wieku 20-65, z wyłączeniem czerwca 2016 r., kiedy to najwięcej, bo 33% porad udzielono pacjentom powyżej 65 lat. Najmniej, tych porad (7%-14%) udzielono osobom w wieku 7-19 lat. Wizyty domowe najczęściej (74%-87%) zrealizowano u pacjentów powyżej 65 lat, a najmniej (do 3%) u osób w wieku 7-19.

Na podstawie liczby badań wykonanych w styczniu i czerwcu 2014-2016 nie zaobserwowano systematycznego wzrostu lub spadku liczby badań hematologicznych, biochemicznych i immunochemicznych, badań na obecność krwi utajonej i skierowań na gastroscopię, jak również zależności pomiędzy ich liczbą a liczbą osób na liście aktywnej.

W styczniu i czerwcu 2014 r., 2015 r. i 2016 r. systematycznie rosła liczba badań PSA, usg i skierowań na kolonoskopię. W czerwcu 2016 r. w porównaniu do czerwca 2014 r. liczba badań PSA wzrosła 53-krotnie (z jednego do 53), usg – o 51,9%, a skierowań na kolonoskopię trzykrotnie, przy czym liczba osób na liście aktywnej powyżej 20 lat w tych okresie również systematycznie rosła, ale jedynie o 5,6%.

Ww. badania znalazły się w katalogu badań, o które z dniem 1 stycznia 2015 r. została rozszerzona lista świadczeń gwarantowanych z zakresu lekarza POZ. Jednocześnie od 1 stycznia 2015 r. rosła roczna stawka kapitacyjna za świadczenia lekarza POZ, i wynosiła od 140,04 do 144,00 zł, podczas, gdy wcześniej stawka ta wynosiła 96,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 41)

Siedmiu lekarzy POZ przyjmujących w poradni dla dorosłych uczestniczyło w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) łącznie w 22 konferencjach/szkoleniach/kursach (każdy lekarz w od dwóch do pięciu) związanych z wykrywaniem chorób nowotworowych, w tym w 2014 r. w dziewięciu kursach, w 2015 r. – w dziesięciu, a w 2016 r. – w trzech. Były to m.in.:

- Kongresy Top Medical Trends (dwóch lekarzy w 2014 r. oraz po jednym lekarzu w 2015 r. i 2016 r.) zorganizowane przez Wydawnictwo Termedia, pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,

⁷ W § 13 ust. 1 Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ z 2015 r. poz. 32, ze zm.), którego przepisy miały zastosowanie do zawierania i realizacji umów od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. (dalej: „Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ”) i w § 14 ust. 1 Zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 77 ze zm.), którego przepisy miały zastosowanie do zawierania i realizacji umów od 1 stycznia do 30 czerwca 2016 r. (dalej: „Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ”).

- Kongresy – „Pacjent 65+ w codziennej praktyce lekarskiej” (jeden lekarz w 2015 r. i 2016 r.), zorganizowane przez Wydawnictwo Termedia, pod patronatem naukowym Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum,
- Kongres „Akademii po Dyplomie Multiforum Interna 2016” (jeden lekarz w 2016 r.), zorganizowane przez Medical Tribune Polska sp. z o.o.,
- XII zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (jeden lekarz w 2015 r.), zorganizowany przez VM Media sp. z o.o. VM Grup sp.k. pod patronatem medycznym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
- XIII krajowa Konferencja Towarzystwa Internistów Polskich (jeden lekarz w 2014 r.) zorganizowana przez Societas Medicinae Internae Polona,
- szkolenie „Lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu onkologii” (jeden lekarz w 2014 r.) zorganizowane przez Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- kursy/szkolenia zorganizowane przez Szpitale Wojewódzkie w Gdyni Sp. z o.o., Szpital Morski im. PCK Sp. z o.o. i Polski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Laboratorium Medyczne BRUSS, a dotyczące m.in. raka tarczycy, pęcherza moczowego, nerki, stercza, piersi, płuc, nowotworów układowych, czerniaka skóry, nowotworów układu pokarmowego, w tym jelita grubego, raka szyjki macicy, rejonu głowy i szyi oraz mózgowia (łącznie czterech lekarzy w 2014 r. i 2016 r.).

Ponadto jeden lekarz pracował, jako nauczyciel akademicki, współorganizował kursy specjalistyczne w zakresie medycyny rodzinnej, w tym kurs onkologia i medycyna paliatywna. Lekarze pediatry nie uczestniczyli w ww. szkoleniach, kursach i/lub konferencjach, ale trzech z czterech podnosiło swoje kwalifikacje zawodowe głównie w zakresie pediatrii na szkoleniach, na których również poruszano tematy onkologiczne. Natomiast jeden pediatra we wskazanym okresie nie uczestniczył w żadnym szkoleniu, ale dokształcał się, uzupełniał i udoskonalał wiedzę oraz umiejętności zawodowe we własnym zakresie, czytając specjalistyczną literaturę.

(dowód: akta kontroli str. 42-46)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że w Przychodni zapewniono świadczeniobiorcom dostęp do lekarzy POZ posiadających uprawnienia do wydania karty DiLO, a liczba świadczeniobiorców objętych ich opieką nie przekroczyła zalecanego przez Prezesa NFZ limitu. Większość lekarzy podnosiła swoje kwalifikacje zawodowe w zakresie wykrywania chorób nowotworowych na konferencjach, szkoleniach/kursach.

2. Działania w zakresie profilaktyki i diagnostyki wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych w podstawowej opiece zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

W poszczególnych półroczach lat 2014-2016 liczba badań diagnostycznych stanowiących świadczenia gwarantowane z zakresu lekarza POZ, wyniosła odpowiednio 27.779, 24.584, 27.295, 25.399 i 31.488. W 2015 r. nastąpił w porównaniu do 2014 r. wzrost ich łącznej liczby o 1.172, tj. o 2,3%. Koszty tych badań⁸ wyniosły w 2014 r. – 170,1 tys. zł, w 2015 r. – 198,0 tys. zł, a w I półroczu 2016 r. – 135,6 tys. zł, z tego na pacjentów dorosłych odpowiednio 168,2 tys. zł,

⁸ Koszty na podstawie wewnętrznego cennika badań służącego do rozliczania kosztów lekarzy, powiększone o szacunkowe koszty zużytych materiałów.

196,7 tys. zł i 118,0 tys. zł. W przeliczeniu na jednego pacjenta (przyjętego na wizytę) koszty te wyniosły odpowiednio 5,4 zł, 5,7 zł i 6,7 zł, z tego na pacjenta dorosłego 6,2 zł, 6,5 zł i 7,4 zł.

Na podstawie sprawozdań o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ ustalono, że:

- liczba badań diagnostycznych dodanych z dniem 1 stycznia 2015 r. do wykazu świadczeń gwarantowanych w POZ⁹ wyniosła w poszczególnych półroczach 2015-2016) odpowiednio 1.114, 1.613 i 1.979, co stanowiło 4,1%, 6,4% i 6,3% liczby wszystkich badań (27.295, 25.399 i 31.488),
- w powyższym okresie (odpowiednio w półroczach) sukcesywnie rosła liczba następujących badań: wapń zjonizowany (0, 149, 198), żelazo – całkowita zdolność wiązania (12, 47, 56), FT3 (67, 186, 198), FT4 (527, 783, 900), PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity (168, 245, 324) i spirometria (27, 37, 59),
- łączna liczba badań ultrasonograficznych (usg) wyniosła odpowiednio 827, 735 i 900, w tym usg tarczycy i przytarczyc – 169, 141, 187, usg ślinianek – 4, 0, 1, usg nerek, moczowodów, pęcherza moczowego – 128, 22, 48, usg brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego – 514, 569, 656, usg obwodowych węzłów chłonnych – 12, 3, 8.

Liczbę badań ultrasonograficznych w I półroczu 2015 r. oraz 26 badań wykonanych w okresie kwiecień-czerwiec 2016 r. ustalono dopiero w trakcie kontroli NIK. Informacji o tych badaniach nie przekazano do POW NFZ, do czego Przychodnia zobowiązana była na podstawie § 6 ust. 2 umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ¹⁰ zawartych zgodnie ze wzorami określonymi w Zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ¹¹. Prezes Zarządu wyjaśniła, że przyczyną było niedopatrzenie, pracochłonny proces pozyskiwania i zliczania danych, a także niedostateczny nadzór.

(dowód: akta kontroli str. 47-132)

Liczba wystawionych skierowań na gastroscopię (świadczenie dodane od 1 stycznia 2015 r. do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ) pozostawała w badanym okresie na zbliżonym poziomie: w 2014 r. – 274 (w I półroczu – 148, w II półroczu – 126), w 2015 r. – 277 (w I półroczu – 145, w II półroczu – 133) i w I półroczu 2016 r. – 140. Znacznie wzrosła natomiast liczba skierowań wystawionych na kolonoskopię, tj. drugie z badań endoskopowych (obok gastroscopii) dodanych od 1 stycznia 2015 r. do wykazu świadczeń gwarantowanych w POZ. W 2015 r. ich liczba wyniosła 285, tj. istotnie więcej niż w 2014 r. (196). W poszczególnych półroczach lat 2014-2016 liczba skierowań na kolonoskopię wyniosła odpowiednio – 94, 102, 144, 141 i 159. W tym samym okresie liczba skierowań do poradni gastroenterologicznej nieznacznie zmalała. W 2014 r. wyniosła 245 (w I półroczu – 131, w II półroczu – 114), w 2015 r. – 231 (w I półroczu – 122, w II półroczu – 109), a w I półroczu 2016 r. – 106.

W związku ze wzrostem od 2015 r. liczby skierowań na kolonoskopię, liczba skierowań do poradni gastroenterologicznej w porównaniu do liczby skierowań na gastroscopię i kolonoskopię w 2015 r. – w porównaniu do 2014 r. – malała. W 2014 r. stanowiła 52,13% (w I półroczu – 54,13%, w II półroczu – 50,00%), w 2015 r. – 41,03% (w I półroczu – 42,21%, w II półroczu – 39,78%), a w I półroczu 2016 r. – 35,45%. Lekarze POZ skorzystali zatem z prawa do zlecenia ww. badań

⁹ W analizie nie uwzględniono usg brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego, ponieważ przed 1 stycznia 2015 r. w wykazie świadczeń gwarantowanych znajdowało się usg jamy brzusznej.

¹⁰ Nr 11/000788/POZ/13/15. - obowiązująca w 2015 i Nr 11/000788/POZ/13/16. - obowiązująca w 2016 r.

¹¹ Załącznik Nr 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ w zakresie umowy na 2015 r. i załącznik Nr 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ w zakresie umowy na I półrocze 2016 r.

i częściej je zlecali, niż kierowali pacjentów w celu ich wykonania na wyższy szczebel systemu ochrony zdrowia, tj. do poradni gastroenterologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 133-134, 208-210)

Lekarze POZ w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. wystawili łącznie 137 kart DiLO (w 2015 r. – 90 i w 2016 r. – 47), w tym na dzień 12 października 2016 r.:

- 113 kart było aktywnych, z tego w przypadku 60 (53,1%) bieżący status pozostawał nadal na etapie „zakończenie wydania karty w POZ”, co oznaczało, że kolejny etap leczenia (wskazany w karcie) nie został rozpoczęty na wyższym szczeblu systemu ochrony zdrowia (od momentu wydania omawianych 60 kart DiLO do czasu zakończenia kontroli upłynęło od 43 do 624 dni);
- 13 kart zostało zamkniętych, tj. diagnostyka i/lub leczenie zostało zakończone,
- 11 anulowano, w tym 10 na prośbę lekarza lub pacjenta w związku z wystawieniem ich w szpitalu lub poradni specjalistycznej, a w jednym przypadku, ponieważ wykonano próbę wystawienia karty.

Wyłączając karty anulowane, lekarze POZ wydali łącznie 126 kart DiLO, w tym, dwóch lekarzy wydało ponad 30 kart, tj. 39 (24 w 2015 r. i 15 w 2016 r.) i 37 (25 w 2015 r. i 12 w 2016 r.), pozostali lekarze wydali łącznie 50 karty, w tym jeden 18, 12, dziewięć, osiem, dwie i jedną, a trzech lekarzy nie wydało żadnej karty.

Z wyjaśnień lekarzy POZ wynika, że nie posiadają informacji, w ilu przypadkach podejrzenie choroby nowotworowej zostało potwierdzone. NFZ nie dokonał wyliczenia uśrednionego wskaźnika rozpoznania nowotworów (WRN). W wyjaśnieniach lekarze wskazali, że jedynie w dwóch przypadkach otrzymano list od Kliniki Onkologii w Warszawie z prośbą o zamknięcie karty DiLO w związku z wykluczeniem nowotworu złośliwego, a w pozostałych przypadkach nie uzyskano, żadnej „informacji zwrotnej” o stadium rozwoju choroby, ani wynikach leczenia pacjenta. Ww. informacje lekarze uzyskali jedynie w przypadku, gdy pacjent lub jego rodzina zgłosili się do lekarza lub w przypadku wycofania przez POW NFZ deklaracji lekarza w przypadku zgonu pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 135-163, 165-168)

W związku z wystawieniem Kart DiLO POW NFZ wypłacił Przychodni dodatkowe środki (poza stawką kapitacyjną): w 2015 r. – 800,00 zł, a w 2016 r. – 150 zł, tj. po 50,00 zł za odpowiednio 16 i 3 karty, co stanowiło 100% i 10,3% spośród 16 i 29¹² kart sprawozdanych do POW NFZ w formie wizyty związanej z wydaniem karty DiLO.

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu wynika, że nie analizowano przyczyny niewypłacenia Przychodni przez POW NFZ dodatkowych środków za wydanie zgłoszonych do rozliczenia kart DiLO. W żadnym przypadku POW NFZ nie wskazał przyczyn niewypłacenia dodatkowych środków, tylko w jednym przypadku wystawił korektę wypłaconej sumy 50,00 zł w przypadku anulowania karty DiLO, a w Przychodni wykonano korektę tego świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 169-189)

Wizyty, na których wydano łącznie 81 kart DiLO (z wyłączeniem anulowanych) nie zostały wykazane w sprawozdaniach do POW NFZ jako porady lekarskie związane z ich wydaniem, wbrew przepisom obowiązujących dla danego okresu sprawozdawczego Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ¹³ oraz § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b

¹² Z wyłączeniem anulowanych i pomyłkowo sprawozdanej.

¹³ W przypadku 68 kart DiLO wydanych w 2015 r. §12a ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, 10 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 30 czerwca 2016 r. § 13 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ, a dla trzech kart wydanych od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. § 12 ust. 2 Zarządzenia 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu

i § 6 ust. 1 obowiązujących w danym okresie umów o udzielanie świadczeń w zakresie POZ¹⁴. Natomiast wydanie sześciu kart sprawozdano w ww. sposób, w tym dwie anulowane (za które nie otrzymano od POW NFZ po 50,00 zł) i cztery (za które otrzymano od POW NFZ po 50,00 zł) wydane na podstawie zdiagnozowanego nowotworu złośliwego, pomimo, iż zgodnie z art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach lekarz POZ wydaje kartę DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego.

W przypadku 45 sprawozdanych do POW NFZ kart DiLO w formie porady lekarskiej związanej z ich wydaniem, nie przekazano do POW NFZ sprawozdań z badań diagnostycznych stanowiących podstawę ich wydania, pomimo takiego obowiązku wynikającego z obowiązujących dla danego okresu sprawozdawczego ww. Zarządzeń Prezesa NFZ¹⁵ oraz ww. umów o udzielanie świadczeń w zakresie POZ¹⁶.

W Przychodni nie dołączono do dokumentacji medycznej 92 pacjentów kopii wydanych karty DiLO, w części dotyczącej zakresu lekarza POZ, co było niezgodne z przepisami obowiązujących w odpowiednich okresach wydania kart Zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ¹⁷. W przechowywanych kopiach 18 kart DiLO wydanych w 2015 r. brakowało niektórych danych wymaganych przepisami rozporządzeń w sprawie wzoru karty DiLO, m.in. wykonanych badań, co uniemożliwiło ustalenie w trakcie kontroli, czy wydanie wszystkich kart DiLO poprzedzone było wykonaniem zleconych przez lekarzy POZ badań diagnostycznych oraz ich liczby i rodzaju.

(dowód: akta kontroli str. 50-68, 82-117, 119-122, 179-186, 190-202)

W dwóch kartach DiLO (wydanych 7 grudnia 2015 r. i 12 stycznia 2016 r.) wskazano kody rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10, które nie mieściły się w katalogu kodów, o którym mowa w rozporządzeniach w sprawie wzoru karty DiLO obowiązujących w okresie ich wydania.

(dowód: akta kontroli str. 163-164, 219-230, 238-250)

Spośród 19 kart DiLO, za które POW NFZ wypłacił Przychodni dodatkowe środki, wydanie sześciu kart poprzedzone zostało wykonaniem zleconych przez lekarza POZ badań diagnostycznych. W pięciu przypadkach były to badania obrazowe (RTG kolana, RTG klatki piersiowej, usg jamy brzusznej i kolonoskopia) wraz z badaniami laboratoryjnym, w jednym przypadku poza ww. wykonano również badanie fizykalne gruczołu piersiowego, w przypadku jednego pacjenta zlecono jedynie usg jamy brzusznej a w jednym przypadku jedynie PSA. Łączne koszty zleconych badań stanowiły 24,6% przychodów Przychodni z tytułu udzielonych porad związanych z wydaniem karty DiLO, które wynosiły 50,00 zł za każdą taką wizytę. Tylko w dwóch przypadkach z sześciu, koszty zleconych badań przekroczyły kwotę 50,00 zł. Dotyczyło to badań laboratoryjnych wraz z RTG kolana wz. nowotworem kości oraz badań laboratoryjnych wraz z usg jamy brzusznej wz. z nowotworem jelita grubego. Niemniej jednak po uwzględnieniu należnej

Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ poz. 60), którego zapisy miały zastosowanie do zawierania i realizacji umów od 1 lipca 2016 r. (dalej: „Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ”).

¹⁴ Dla 68 kart DiLO wydanych w 2015 r. umowy Nr 11/000788/POZ/13/15, a dla 13 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. umowy Nr 11/000788/POZ/13/16.

¹⁵ Dla 16 kart DiLO wydanych w 2015 r. §12a ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, 22 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 30 czerwca 2016 r. § 13 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ i siedmiu wydanych od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. § 12 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ.

¹⁶ Dla 16 kart DiLO wydanych w 2015 r. umowy Nr 11/000788/POZ/13/15, a dla 29 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. umowy Nr 11/000788/POZ/13/16.

¹⁷ Dla 58 kart DiLO wydanych w 2015 r. §10 ust. 2 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, 27 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 30 czerwca 2016 r. § 10 ust. 2 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ i siedmiu wydanych od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. § 9 ust. 3 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ.

Przychodni również stawki kapitałowej, koszty tych badań nie przekroczyły łącznych przychodów uzyskanych przez Przychodnię.

Wydanie 13 kart DiLO, nie zostało poprzedzone zleceniem przez lekarza POZ badań diagnostycznych, ponieważ w:

- czterech przypadkach zdiagnozowano nowotwór złośliwy, w tym w dwóch przypadkach w oddziale szpitalnym, w jednym w poradni onkologicznej, a w jednym przypadku w badaniach wykonanych prywatnie przez pacjenta,
- siedmiu przypadkach zdiagnozowano podejrzenie nowotworu złośliwego, w tym cztery w oddziale szpitalnym, dwa w poradni specjalistycznej i w jednym przypadku na podstawie badań wykonanych prywatnie przez pacjenta,
- kartę DiLO wystawiono w jednym przypadku w związku z przedłużającą się diagnostyką w poradni specjalistycznej i niepewnymi wynikami wykonanych tam badań, a w jednym na podstawie wykonanej w ramach badania przesiewowego profilaktycznego mammografi.

(dowód: akta kontroli str. 169-189)

Na podstawie badania indywidualnej dokumentacji medycznej 30 pacjentów ustalono, że wystawienie 20 kart DiLO nie zostało poprzedzone zleceniem przez lekarza POZ badań diagnostycznych w związku z podejrzeniem nowotworu złośliwego, ponieważ w:

- siedmiu przypadkach nowotwór złośliwy zdiagnozowano w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej,
- pięciu przypadkach nowotwór złośliwy podejrzewano w oddziale szpitalnym,
- czterech przypadkach kartę DiLO wystawiono na podstawie badań wykonanych przez pacjentów,
- trzech przypadkach kartę DiLO wydano na podstawie badań wykonanych w poradni specjalistycznej, z którymi pacjent zgłosił się do lekarza POZ wz. z długim oczekiwaniem na dalszą diagnostykę w poradni,
- jednym przypadku, kartę wydano po zakończonym leczeniu nowotworu złośliwego.

W związku z powyższym spośród 44 kart DiLO¹⁸ objętych badaniem lekarze POZ wystawili 10 kart DiLO¹⁹, tj. 22,7%, pacjentom ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, pomimo iż zgodnie z art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach lekarz POZ wydaje kartę DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego.

Z wyjaśnień lekarzy POZ wynika, że w powyższych przypadkach karty wystawiono często na prośbę lekarzy oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych lub też samych pacjentów, co miało przyspieszyć leczenie, a w jednym przypadku rehabilitację, pomimo poinformowania dwóch pacjentów o braku podstaw prawnych do wydania karty. Lekarze wyjaśnili, że z uwagi na obciążenie psychiczne pacjenta związane z diagnozą, nieetyczne było odmówienie pacjentowi lub odesłanie go do kolejnego lekarza.

Ponadto 10 spośród zbadanych 44 kart DiLO²⁰ wystawiono na podstawie podejrzenia nowotworu złośliwego zdiagnozowanych w oddziałach szpitalnych lub poradniach specjalistycznych, co - jak wynika z wyjaśnień Prezesa Zarządu - odbywało się na podstawie ustnej informacji pacjenta, ale zdarzyły się również

¹⁸ Pięć kart zostało objętych badaniem zarówno w związku z badaniem indywidualnych dokumentacji medycznych 30 pacjentów oraz 19 kart DiLO, za które Przychodnia otrzymała od POW NFZ dodatkowe środki.

¹⁹ Dwie karty DiLO, które wystawiono na podstawie potwierdzenia nowotworu złośliwego zostały objęte badaniem zarówno w związku z badaniem indywidualnych dokumentacji medycznych 30 pacjentów oraz 19 kart DiLO, za które Przychodnia otrzymała od POW NFZ dodatkowe środki.

²⁰ Jedną kartę DiLO, którą wystawiono na podstawie podejrzenia nowotworu złośliwego w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej została objęta badaniem zarówno w związku z badaniem indywidualnych dokumentacji medycznych 30 pacjentów oraz 19 kart DiLO, za które Przychodnia otrzymała od POW NFZ dodatkowe środki.

przypadki pisemnego zlecenia przez np. lekarza chirurga lekarzowi POZ wystawienia karty DiLO. Prezes Zarządu wyjaśniła, że trudno oceniać przyczyny ww. stanu; mogło być to związane z niezrozumieniem zasad „pakietu onkologicznego”, odsunięciem od siebie uciążliwej biurokracji i wystawiania kart DiLO lub niedopracowaniem zasad w zakresie braku możliwości wydania przez lekarza w szpitalu karty DiLO, gdy podejrzewa nowotwór złośliwy, ponieważ, np. w szpitalu po wykonaniu biopsji guza nowotworowego na wyniki badania histopatologicznego oczekiwano ok. miesiąca, a świadczeniobiorca w tym czasie był już wypisany ze szpitala i nie pozostawał jego pacjentem.

(dowód: akta kontroli str. 195-202, 213-276)

Spośród 11 lekarzy POZ dziewięciu wskazało, że do wykazu badań diagnostycznych z zakresu lekarza POZ nie ma potrzeby dodania żadnego badania w celu lepszego diagnozowania chorych z podejrzeniem nowotworu. Natomiast dwóch lekarzy wskazało, że do ww. wykazu powinno zostać dodane usg gruczołu piersiowego. W ocenie większości lekarzy (10) nie ma potrzeby wprowadzania w POZ telekonsultacji lekarzy rodzinnych z onkologami, tak jak to ma miejsce od 1 października 2015 r. w przypadku kardiologów i geriatrów. Tylko jeden lekarz wskazał, że w celu wsparcia lekarzy POZ w wykrywaniu chorób nowotworowych korzystne byłoby wprowadzenie takich telekonsultacji.

(dowód: akta kontroli str. 203-207)

Laboratoryjne badania diagnostyczne zlecane świadczeniobiorcom wykonywane były w zewnętrznym Laboratorium Medycznym BRUSS. Koszty wykonanych w nim badań stanowiących świadczenia gwarantowane z zakresu lekarza POZ, w poszczególnych półroczach lat 2014-2016 wyniosły odpowiednio 60,9 tys. zł, 53,9 tys. zł, 66,9 tys. zł, 62,1 tys. zł, 78,3 tys. zł z tego na pacjentów dorosłych 51,5 tys. zł, 45,4 tys. zł, 56,8 tys. zł, 52,2 tys. zł i 66,3 tys. zł.

W Przychodni wprowadzono dla lekarzy POZ zalecany wartościowy limit skierowań na badania diagnostyczne stanowiący iloczyn liczby przyjętych w danym miesiącu pacjentów przez danego lekarza i określonego ułamka stawki kapitałowej. Ustalenie limitu miało na celu głównie ograniczenie zlecania badań „wymuszanych” przez pacjentów kierowanych z prywatnych poradni specjalistycznych lub ze szpitali. Prezes Zarządu wyjaśniła, że nie miała kompetencji do oceny zasadności ani wartości diagnostycznej badań zlecanych przez lekarzy POZ. Zasadność i konieczność ich wykonania należała do wyłącznej kompetencji lekarzy. Niemniej jednak wyjaśniła, że z uwagi na to, iż była praktykującym lekarzem, dokonywała oceny działalności diagnostycznej innych lekarzy na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów, którzy zgłosili się do Niej po poradę, ustalone limity wystarczały na skuteczne diagnozowanie pacjentów i nie były generalnie przez nich przekraczane.

(dowód: akta kontroli str. 208-210)

Na podstawie badania indywidualnej dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którym wydano karty DiLO z podejrzeniem nowotworu złośliwego ustalono, że w okresie pięciu lat poprzedzających wystawienie karty DiLO lekarze POZ w 26 przypadkach zlecieli badania profilaktyczne i wczesnej diagnostyki nowotworu, a w czterech zamieścili informację o wykonaniu takich badań przez innego lekarza. W dwóch z czterech przypadków, gdy lekarze nie zlecieli badań, pacjenci nie pozostawali pod ich opieką przez okres pięciu lat poprzedzających wydanie karty DiLO.

W okresie pięciu lat poprzedzających wystawienie karty DiLO w związku z podejrzeniem nowotworu złośliwego:

- odcinków jelita grubego - w trzech przypadkach na cztery zlecono badanie na obecność krwi utajonej, a w jednym inne badania diagnostyczne, w tym kolonoskopię i usg jamy brzusznej,
- gruczołu krokowego – w trzech przypadkach skierowano pacjentów do urologa, w dwóch zlecono wykonanie badania PSA, a w jednym pacjent przedstawił lekarzowi wynik badania PSA wykonanego we własnym zakresie,
- szyjki macicy (dwie pacjentki) - w jednym przypadku zlecono wizytę u ginekologa i zamieszczono informację o wykonanej cytologii, a w drugim pacjentka pozostawała pod opieką onkologa w związku z uprzednio zdiagnozowanym rakiem macicy,
- płuc - w sześciu przypadkach z siedmiu zlecono RTG płuc, w tym w dwóch przypadkach wskazano, że pacjent palił, a w jednym również na obciążenia dziedziczne tego rodzaju nowotworem; w jednym przypadku nie zlecono tego badania, ponieważ pacjent pozostawał pod opieką poradni onkologicznej i tam to badanie zlecono.

Spośród ww. 30 pacjentów (10 kobiet i 20 mężczyzn) w przypadku:

- sześciu kobiet w indywidualnej dokumentacji medycznej zamieszczono informację o wykonaniu badania gruczołu piersiowego oraz cytologii lub taka informacja została zamieszczona w dokumentacji poradni ginekologicznej, do której lekarza POZ miał dostęp lub lekarz POZ zalecił wizytę u ginekologa lub odnotował informację o takiej wizycie. Spośród siedmiu pacjentek, które w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie karty DiLO były pod opieką lekarza POZ i były im udzielane porady ww. informacje zamieszczono u czterech (57,1%), w jednym przypadku ich nie zamieszczono, ponieważ, pacjentka była pod opieką onkologa w związku z rakiem macicy, w dwóch przypadkach nie zamieszczono informacji o cytologii, ani informacji o zaleceniu kontroli ginekologicznej, choć takie wydano, ale nie zamieszczono ich z uwagi na brak czasu, a w jednym przypadku nie wskazano również na zlecenie/wykonie/instruktaż samobadania piersi, choć zostały wykonane to nie odnotowano tego w dokumentacji medycznej z uwagi na brak czasu,
- mężczyzn u żadnego nie wykonano badania per rectum, ani nie odnotowano informacji o braku zgody na takie badanie (w 15 badanych przypadkach mężczyźni pozostawali pod opieką lekarza POZ w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie karty DiLO i były im udzielane w tym czasie porady lekarskie); z wyjaśnień lekarzy wynika, że miarodajna ocena gruczołu krokowego wymagała ogromnego doświadczenia, zatem pacjenci kierowani byli do poradni urologicznej, gdzie zlecano również wykonanie badania PSA i usg jamy brzusznej; ponadto w Przychodni organizowane były akcje profilaktyczne raka stercza,
- mężczyzn i kobiet lekarze POZ zlecili lub odnotowali informację o wykonanej przez pacjenta kolonoskopii w siedmiu przypadkach (23,3%), gastrokopii – 11 (36,7%), RTG płuc – 21 (70,0%), badania na obecność krwi utajonej – 10 (33,3%); spośród 22 pacjentów, którzy w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie karty DiLO pozostawali pod opieką lekarza POZ i były im udzielane porady ww. badania wykonano odpowiednio u siedmiu osób (31,8%), ośmiu (36,4%), 95,5%, dziewięciu (40,9%); z wyjaśnień lekarzy wynika, że ww. badania wykonywano w przypadku wystąpienia niepokojących lub wręcz alarmujących objawów, ponieważ kolonoskopia i gastroscopia są badaniami nieprzyjemnymi dla pacjenta, RTG płuc nie jest obojętne dla zdrowia, a badanie na obecność krwi utajonej obarczone było dużym ryzykiem błędu, gdyż większość wyników

dotadnich oznaczalo krwawienia z zylakow odbytu, a wiele nowotworow zlosliwych jelita grubego miało wynik ujemny.

Lekarze POZ tylko w dwóch spośród 30 badanych przypadków zebrali wywiad dotyczący obciążeń dziedzicznych nowotworami, w tym tylko w jednym przypadku dotyczył on nowotworu złośliwego, którego dotyczyła wydana karta DiLO (nowotwór złośliwy płuc) i pacjentowi zlecono RTG płuc. W drugim przypadku, pomimo, iż zebrano wywiad w zakresie obciążeń dziedzicznych nowotworem złośliwym płuc i jelita grubego (choć wydana karta nie dotyczyła tych nowotworów), z uwagi na rzadkie i odległe w czasie wizyty pacjenta nie zlecono badań profilaktycznych, ponieważ w pierwszej kolejności wykonywano badania związane z bieżącymi dolegliwościami.

Ww. informacji lub adnotacji o ich braku, podobnie jak w przypadku 25 historii zdrowia i choroby o przebytych poważnych chorobach, 15 – chorobach przewlekłych, 11 – pobytach w szpitalu, 15 – zabiegach chirurgicznych, 30 – szczepieniach i stosowanych surowicach oraz 25 – uczuleniach, nie zamieszczono, pomimo że informacje te powinny zostać tam umieszczone, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej²¹.

W żadnej spośród zbadanych dokumentacji medycznych nie zamieszczono informacji o przeprowadzonych rozmowach dotyczących profilaktyki chorób nowotworowych, w tym w szczególności jelita grubego, gruczołu krokowego, płuc, gruczołu piersiowego i szyjki macicy, pomimo iż zgodnie z pkt 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza²², działania lekarza POZ są ukierunkowane m.in. na działania profilaktyczne, a w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę oraz rozpoznanie chorób świadczeniobiorcy lekarz POZ prowadzi edukację zdrowotną, identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie, a także planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Niemniej jednak lekarze POZ w 13 przypadkach przeprowadzili edukację w zakresie niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego i/lub cukrzycy, w dziewięciu zalecili dietę, w sześciu zebrali wywiad w zakresie palenia tytoniu, w czterech wskazali na zakaz picia alkoholu, w trzech wskazali na zakaz palenia, a w dwóch udzielili porady antynikotynowej.

Z wyjaśnień lekarzy POZ wynika, że w miarę możliwości lekarze prowadzili rozmowy dotyczące profilaktyki chorób nowotworowych, w tym m.in. zachęcali do korzystania z akcji profilaktycznych, zalecali odpowiednie diety, w przypadku otyłości kierowali do dietetyka, a cukrzycy do pielęgniarki w poradni diabetologicznej. Ze względu na krótki czas wizyty oraz ilość pacjentów, nie wszystkie informacje zostały odnotowane w dokumentacji medycznej.

W 22 historiach zdrowia i choroby nie zamieszczono informacji o BMI pacjenta, w dwóch przypadkach wskazano tylko wagę, a w sześciu wskazano tylko na otyłość, nadwagę, znaczną utratę wagi lub na prawidłową budowę ciała. Z wyjaśnień lekarzy wynika, że pomiary dokonywane były głównie w przypadku otyłości lub niedożywienia oraz w przypadku zgłaszanej przez pacjentów gwałtownej utraty wagi

²¹ § 41 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), a wcześniej – § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) – uchylone z dniem 16 czerwca 2016 r., obecnie – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567).

lub nadmiernego jej przyrostu, a BMI wyliczano przede wszystkim w przypadku istotnych odchyleń.

(dowód: akta kontroli str. 211-279)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Wydanie 81 kart DiLO (nieanulowanych) nie zostało sprawozdane do POW NFZ w formie porady związanej z jej wydaniem. Ponadto nie sporządzono i nie przekazano do POW NFZ sprawozdań z badań diagnostycznych stanowiących podstawę wydania kart DiLO. Było to niezgodne z postanowieniami obowiązujących w okresie sprawozdawczym Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ²³, w myśl których świadczeniodawca sprawozdaje wraz z informacją o udzielonej poradzie związanej z wydaniem kart DiLO, dane dotyczące wykonanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie karty. Obowiązek gromadzenia i przekazywania do POW NFZ m.in. ww. danych w formie elektronicznej sprawozdawczości wynikał ponadto z ww. Zarządzeń²⁴ oraz z umów o udzielanie świadczeń POZ²⁵. Wyjaśnienia Prezesa Zarządu o braku czasu, opóźnieniach w terminowym przyjmowaniu pacjentów, czy roszczeniowej postawie pacjentów żądających wydania karty DiLO, nie uzasadniają, zdaniem NIK, nieprzestrzegania norm określonych w Zarządzeniu Prezesa NFZ, czy postanowień umów zawartych z POW NFZ.

W związku z ww. nieprawidłowościami Świadczeniodawca pozbawił się możliwości uzyskania należnych mu dochodów związanych z wydaniem kart DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 50-68, 82-117, 119-122, 179-186, 195-200)

2. W Przychodni nie sporządzono i nie przechowywano kopii 92 (spośród 137 wydanych w badanym okresie) kart DiLO. Powyższe naruszało przepisy kolejno obowiązujących Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ²⁶, zgodnie z którymi potwierdzeniem udzielenia porady lekarskiej związanej z wydaniem karty jest dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta kopii wydanej karty. W przechowywanych kopiach 18 kart wydanych w 2015 r. stwierdzono brak niektórych danych wymaganych przepisami rozporządzeń w sprawie wzoru karty DiLO, w tym w 13 kartach – podpisu pacjenta potwierdzającego otrzymanie karty, 15 – wykonanych badań, dziewięciu – opisu na jakiej podstawie lekarz stwierdził podejrzenie choroby nowotworowej, 14 – nie wskazano dalszego postępowania, w jednej popisu lekarza i pieczęci świadczeniodawcy. Stwierdzone nieprawidłowości Prezes Zarządu uzasadniła m.in. brakiem czasu (wystawienie karty DiLO zajmowało ok. godziny, podczas gdy na wizytę przeznaczone było średnio ok. 15 minut) i często występującymi problemami technicznymi z logowaniem do systemu Ap DiLO. Prezes Zarządu wyjaśniła, że w celu uniknięcia kolejek oczekujących na wizytę pacjentów, część kart lekarze wystawili pod nieobecność pacjentów, po godzinach pracy, bądź w domu, pozostawiając ją potem do odbioru w Rejestracji Przychodni. Pracownicy Rejestracji w natłoku spraw często zapominali o obowiązku

²³ Nie sprawozdano w formie porady lekarskiej związanej z wydaniem karty DiLO 68 kart wydanych w 2015 r., a w przypadku 16 tak sprawozdanych kart nie sprawozdano badań diagnostycznych związanych z ich wydaniem, wbrew przepisom §12a ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, 10 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 30 czerwca 2016 r. i 22 sprawozdanych wbrew przepisom § 13 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ oraz dla trzech kart wydanych od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. i siedmiu sprawozdanych wbrew § 12 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ.

²⁴ W 2015 r. § 10 ust. 10 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, a w 2016 r. odpowiednio § 10 ust. 10 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ i § 9 ust. 11 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ.

²⁵ § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b umowy Nr 11/000788/POZ/13/15 i § 6 ust. 1 umowy Nr 11/000788/POZ/13/16.

²⁶ Dla 58 kart DiLO wydanych w 2015 r. §10 ust. 2 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2013/DSOZ, 27 kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 30 czerwca 2016 r. § 10 ust. 2 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2015/DSOZ i siedmiu wydanych od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. § 9 ust. 3 pkt 2 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ.

zrobienia kserokopii, po uzyskaniu podpisu pacjenta. W ocenie NIK, wskazane przez Prezesa Zarządu powody i okoliczności odnoszące się w szczególności do braku kopii kart w dokumentacji medycznej, nie uzasadniają stwierdzonych nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 190-200)

3. W dwóch kartach DiLO (wydanych 7 grudnia 2015 r. i 12 stycznia 2016 r.) wskazano kody rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10²⁷, które nie mieściły się w katalogu kodów określonym w rozporządzeniach w sprawie wzoru karty DiLO. Wyjaśnienia lekarzy, że w jednym przypadku kod najlepiej pasował do podejrzanego guza, a w drugim kartę wydano na żądanie znajdującej się w stanie hysterii pacjentki, nie mogą stanowić podstawy do wystawienia karty DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 163-164, 219-230, 238-250)

4. Wbrew przepisom § 41 ust. 3 pkt 1-7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w historiach choroby i zdrowia pacjentów nie zamieszczono ww. informacji lub adnotacji o ich braku, pomimo iż zgodnie z ww. przepisem powinny zostać zawarte w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów. W 25 historiach nie zamieszczono informacji dotyczących przebytych poważnych chorób, 15 – o chorobach przewlekłych, 11 – pobytach w szpitalu, 15 – zabiegach chirurgicznych, 30 – szczepieniach i stosowanych surowicach, 25 – uczuleniach i 28 – obciążeniach dziedzicznych. Stwierdzonych nieprawidłowości nie uzasadniają wyjaśnienia przedstawione przez lekarzy prowadzących badaną dokumentację, z których wynika, że część nieodnotowanych informacji była dostępna w dokumentacji lekarzy specjalistów, do których lekarze POZ mieli dostęp, w przypadku pobytów w szpitalu skanowano karty informacyjne tych pobytów, szczepień nie odnotowywano, ponieważ pacjenci zazwyczaj ich nie pamiętali, uczulenia były odnotowywane, gdy wystąpiły po lekach, a o obciążeniach dziedzicznych często pacjenci nie wiedzieli, a jeśli je zgłosili to zostały odnotowane.

Prezes Zarządu wyjaśnił natomiast, że obecny system informatyczny, w którym prowadzono dokumentację medyczną nie zapewniał przejrzystego wpisania informacji o braku przebytych poważnych chorobach, chorób przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach i obciążeniach dziedzicznych. Zatem jeśli ww. nie wystąpiły nie wpisywano ich w kartę. Jeżeli pacjent był w szpitalu, kartę informacyjną skanowano do pliku pacjenta zamiast ją przepisywać, a jeżeli pacjent nie miał chorób przewlekłych to nie wpisujemy kilkuset możliwych chorób przewlekłych z adnotacją o ich braku. Stosowano wyrywkowe kontrole dokumentacji medycznej napominając lekarzy o konieczności zamieszczania obszerniejszych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 213-279)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że lekarze POZ zlecali lub odnotowali w dokumentacji medycznej pacjentów badania profilaktyczne i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych związanych z nowotworem, którego dotyczyła wydana karta DiLO. Niemniej jednak stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nieprzekazania lub przekazania do POW NFZ niekompletnej sprawozdawczości, nie dołączenia do dokumentacji medycznej 92 pacjentów kopii wydanych kart DiLO oraz niezamieszczania w historiach zdrowia i choroby wszystkich niezbędnych informacji.

²⁷ N63 – Nieokreślony guzek w sutku i N60.9 – Łagodna dysplazja sutka, nie określona

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 Kontroli²⁸, wnosi o wzmocnienie nadzoru nad:

1. sprawozdawaniem do POW NFZ ilości świadczeń związanych z wydaniem kart DiLO i danych dotyczących wykonanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie tej karty,
2. dołączaniem do dokumentacji medycznej pacjentów kopii wydanych kart DiLO, w części dotyczącej zakresu lekarza POZ,
3. prawidłowym wskazywaniem w kartach DiLO kodów rozpoznania chorobowego,
4. kompletności sporządzanej przez lekarzy dokumentacji medycznej.

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 Delegatury NIK w Gdańsku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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 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.

Gdańsk, dnia 4 listopada 2016 r.

Kontroler
Maria Mieszalska
specjalista kontroli państwowej

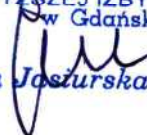


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Ewa Jasińska-Kluczek



²⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz z 2016 r., poz. 677.