



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-031-03/2014
P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@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 Katowicach
Kontroler	Magdalena Kisiołek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92415 z dnia 25 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarza Rodzinnego Zofia Fojcik-Kudła ul. Weteranów 9, 44-207 Rybnik ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zofia Fojcik-Kudła, właściciel

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości² działalność świadczeniodawcy w latach 2012-2014 (do 30 czerwca), za wyjątkiem ograniczenia pacjentom czasu dostępu do gwarantowanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, który to fakt ocenia negatywnie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła:

- prawidłowo rozliczając umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach³,
- posiadanie wymaganego sprzętu medycznego,
- zapewnienie pacjentom dostępu do badań diagnostycznych,
- zagwarantowanie zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed dostępem osób trzecich,
- prawidłowo prowadzoną dokumentację medyczną (za wyjątkiem odnotowywania godziny przyjęć pacjentów w księdze przyjęć),

a także poniższe nieprawidłowości:

- ograniczenie pacjentom czasu dostępu do gwarantowanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁴, poprzez udzielanie porad przez

¹ Zwana dalej również Świadczeniodawcą.

² 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.

³ Zwany dalej „ŚOW NFZ”.

⁴ Zwanych dalej „POZ”.

osiem godzin zamiast dziesięciu, co było niezgodne z umową zawartą z ŚOW NFZ.

- niezaktualizowanie wpisów w księdze rejestrowej, mimo upływu 31 grudnia 2012 r. terminu na dokonanie zmian, wynikającego z art. 217 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵,
- niezamieszczanie w księdze przyjęć pacjentów lekarza POZ godziny zgłoszenia się pacjenta, co było niezgodne z § 44 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶,
- niewykazanie Laboratorium Analitycznego S.C. Violetta Słapa-Uznańska, Jolanta Parzonek w Rybniku jako jednego z podwykonawców w wykazie stanowiącym załącznik do umowy zawartej z ŚOW NFZ, co było niezgodne z § 2 ust. 2 tej umowy,
- posiadanie przez Świadczeniodawcę niekompletnego zestawu przeciwwstrząsowego.

Uwagi sformułowano w odniesieniu do niezamieszczenia wewnątrz budynku przez Świadczeniodawcę informacji o zasadach zapisów na porady i wizyty oraz niewykonywaniu badań u pacjentów w celu wczesnego wykrycia chorób, zwłaszcza nowotworowych (stwierdzono na podstawie badania próby 10 kart zdrowia i choroby pacjentów).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy POZ

Opis stanu
faktycznego

1.1. Lekarz Medycyny Zofia Fojcik-Kudła rozpoczęła prowadzenie Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej 22 listopada 2004 r. w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, uzyskując wpis do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta Rybnika, pod nr 26723/2004. Na podstawie uchwały nr 2820/99/P Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z 22 listopada 2000 r. została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr 55-99-1-4776511.

(dowód: akta kontroli str. 3-7)

1.2. W dniu 1 maja 2012 r. Świadczeniodawcę wpisano do księgi rejestrowej nr 000000047234 Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. 20 czerwca 2013 r. dokonano zmiany wpisu poprzez dodanie informacji o posiadanym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej⁷. Od tego momentu do dnia zakończenia kontroli rejestr nie był aktualizowany pomimo zawarcia kolejnego ubezpieczenia.

(dowód: akta kontroli str. 8-11)

1.3. Zakres udzielanych świadczeń obejmował wyłącznie leczenie w poradni lekarza POZ. Jednakże takiego wpisu nie zamieszczono w księdze rejestrowej, co szerzej opisano w dalszej części niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 8-12)

1.4. Świadczeniodawca opracował regulamin organizacyjny, który obowiązywał od 29 kwietnia 2011 r. Regulamin ten zawierał wszystkie elementy wskazane w art. 24

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm. (zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”).

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm. (zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”).

⁷ Okres ubezpieczenia obejmował: 27 lutego 2013 r.-26 lutego 2014 r.

ustawy o działalności leczniczej, a przede wszystkim: cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 12-14)

1.5. Świadczeniodawca nie posiadał certyfikatu jakości, ani akredytacji, o którą podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁸.

(dowód: akta kontroli str. 74)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Świadczeniodawca nie wpisał do księgi rejestrowej zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz informacji o aktualnym ubezpieczeniu OC, co było niezgodne z art. 106 ust. 4 pkt 4 i 11 w zw. z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Termin dostosowania wpisu do przepisów tej ustawy, zgodnie z jej art. 217 ust. 3, upłynął 31 grudnia 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 8-9, 44-45)

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że dostarczyła wszystkie ww. informacje przy dokonywaniu wpisu do rejestru, a aktualna polisa ubezpieczeniowa na rok 2014 została wysłana pocztą do organu rejestrowego. Dodała, że nie posiadała potwierdzenia przekazania ww. danych do rejestru.

NIK otrzymał informację z organu rejestrowego, że Świadczeniodawca nie przekazał organowi ww. danych.

(dowód: akta kontroli str. 85, 99-100)

2. Harmonogram pracy lekarza POZ zamieszczony w Portalu Świadczeniodawcy był niezgodny z informacją zamieszczoną na drzwiach gabinetu lekarza POZ. Według Portalu Świadczeniodawcy harmonogram w miejscu pracy był następujący: od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00-14:00 i 16:00-18:00, a harmonogram wizyt domowych: od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-9:00 i 14:00-16:00. Z kolei harmonogram na drzwiach gabinetu określał następujące godziny przyjęć: od poniedziałku do piątku 8:00-10:00 wizyty patronażowe oraz sprawy administracyjne, 10:00-14:00 przyjęcia pacjentów w miejscu pracy oraz 14:00-16:00 wizyty domowe.

Powyższe stanowi naruszenie § 2 ust. 5 umowy nr 124/307980/01/2011 z 26 stycznia 2011 r. ze ŚOW NFZ (wraz z późniejszymi aneksami), zgodnie z którym świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, a w szczególności o osobach udzielających świadczeń wraz z harmonogramami ich pracy.

Ponadto Świadczeniodawca ograniczył dostęp pacjentów do świadczeń lekarza POZ, pomimo że stosownie do pkt 2 podpunkt 1 części I Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁹ świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku,

⁸ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. W załączniku nr 1 umowy z ŚOW NFZ również określono dostępność udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00. Świadczeniodawca zaś, jak wynika z powyższego harmonogramu, zapewnił dostęp do świadczeń od 8:00 do 16:00.

(dowód: akta kontroli str. 18-19, 26-30, 107, 114)

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że *informacja na drzwiach gabinetu o godzinach przyjęć od 10 do 14 jest wywieszona tylko dla pacjentów po to, aby uniknąć niepotrzebnych scysji z pacjentami, gdyż w razie nagłych przypadków porannych (zwłaszcza zgonów) musi być dyspozycyjna*. Dodała, że w przypadku braku nagłych sytuacji jest dyspozycyjna od godziny dziewiątej rano od poniedziałku do piątku. Gdy pacjent zgłosi się po godzinie 14 również zostaje mu udzielona porada lekarska.

(dowód: akta kontroli str. 86)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasoby Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, tj. pomieszczenia, zaopatrzenie w sprzęt medyczny oraz kwalifikacje personelu były zgodne z umową zawartą z ŚOW NFZ, pkt 1, 3 i 4 części V załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych 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 w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna¹⁰. Sprzęt medyczny był kompletny, posiadał stosowne certyfikaty, natomiast leki i materiały medyczne posiadały aktualne daty ważności.

(dowód: akta kontroli str. 26-31)

2.2. Świadczeniodawca nie zapewnił dostępu osobom niepełnosprawnym do urządzeń i pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne. W drzwiach wejściowych znajdował się wysoki próg, a do pomieszczeń, w których znajdowała się Praktyka prowadziły czterostopniowe schody. Również pomieszczenie sanitarne nie posiadało udogodnień dla osób niepełnosprawnych (poza uchwytem znajdującym się naprzeciwko toalety). Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że osoby niepełnosprawne nie muszą zgłaszać się do Praktyki, ponieważ wizyty u tych pacjentów dokonywane są w miejscu ich zamieszkania.

(dowód: akta kontroli str. 26-30, 88)

2.3. Świadczeniodawca spełnił wymagania informacyjne opisane w § 11 (z wyłączeniem ust. 4 pkt 3) załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹, poprzez umieszczenie w swoim obiekcie informacji m.in. o: imionach i nazwiskach osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania, trybie składania skarg i wniosków, prawach pacjenta, adresach oraz

¹⁰ Zwane dalej: Zarządzeniem Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

¹¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów”.

numerach telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie i świadczeniach ratownictwa medycznego oraz osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str. 26-30)

2.4. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Rybniku¹² przeprowadził trzy kontrole sanitarne u Świadczeniodawcy, w tym jedną kontrolę, która objęła swym zakresem spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego (pozostałe dwie kontrole dotyczyły wykonywania i dokumentacji szczepień ochronnych). Żadna z ww. kontroli nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 33)

2.5. Świadczenia z zakresu POZ, stosownie do zapisów umowy zawartej z ŚOW NFZ, wykonywane były przez Panią Zofię Fojcik-Kudła, która posiadała specjalizację lekarza medycyny rodzinnej oraz pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. Tym samym spełniła wymagania określone w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³.

(dowód: akta kontroli str. 15, 23, 114)

2.6. Liczba deklaracji wyboru lekarza POZ wyniosła 1 594 w styczniu 2012 r. i zmniejszyła się do poziomu 1 524 w czerwcu 2014 r., nie przekraczając w ten sposób limitu 2 750 deklaracji, określonego w § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 24)

2.7. W styczniu 2012 r. spośród 1 594 świadczeniobiorców najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 20-65 lat - 1 076 osób (67,5%), następnie osoby powyżej 65 roku życia – 421 osób (26,4%), młodzież w wieku 7-19 lat – 77 osób (4,8%) oraz dzieci w wieku 0-6 lat – 20 osób (1,3%). Z każdym rokiem liczba świadczeniobiorców w tych grupach malała (za wyjątkiem osób w wieku powyżej 65 lat, których liczba wzrastała). W czerwcu 2014 r. liczba świadczeniobiorców zmniejszyła się do 1 524 osób i kształtowała się następująco w poszczególnych grupach wiekowych: 20-65 lat – 1001 osób (65,7%), powyżej 65 lat – 435 osób (28,5%), 7-19 lat – 70 osób (4,6%) i 0-6 lat – 18 osób (1,2%).

W styczniu 2012 r. lekarz POZ udzielił 624 porady, z tego 422 osobom w wieku 20-65 lat, 167 osobom powyżej 65 lat, 27 osobom w wieku 7-19 lat i 8 osobom w wieku 0-6 lat. Z porad najczęściej korzystały osoby w wieku 20-65 lat; 67,6% ogółu udzielonych porad (najliczniejsza grupa świadczeniobiorców), a najrzadziej osoby w wieku 0-6 lat; 1,3% ogółu udzielonych porad (najmniej liczna grupa świadczeniobiorców). W czerwcu 2014 r. liczba wizyt w tych grupach wiekowych wyniosła odpowiednio 298 (55,8%) i 6 (1,1%).

(dowód: akta kontroli str. 25)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą posiadania przez Świadczeniodawcę niekompletnego zestawu przeciwwstrząsowego. Zestaw nie zawierał wszystkich leków i preparatów medycznych wymaganych w pkt 4 podpunkt 3a części V załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj.:

¹² Zwany dalej „PPIS”

¹³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.

- Adrenalinum 300 mcg/0,3 ml lub 1 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań,
- Glucosum 20% lub 40% - roztwór do wstrzykiwań,
- Amiodaroni hydrochloridum 50 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań,
- Natrii hydrocarbonas 84 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań dożylnych,
- Salbutamoli sulfas 1 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań,,
- Lidocaini hydrochloridum 2% - roztwór do wstrzykiwań.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że powyższe leki i preparaty znajdowały się w zestawie, lecz uległy przeterminowaniu i zostały poddane utylizacji przez pielęgniarkę, która nie poinformowała jej o tym fakcie.

W dniu 1 grudnia 2014 r. zestaw przeciwwstrząsowy został uzupełniony o brakujące elementy, jednak zamiast Salbutamoli sulfas 1 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań, zakupiono Salbutamoli sulfas 1 mg/ml - roztwór do nebulizacji.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że ww. lek nie był dostępny w hurtowni i został zamówiony. Jak tylko lek zostanie dostarczony, zestaw przeciwwstrząsowy będzie uzupełniony.

(dowód: akta kontroli str. 26-30, 32, 86)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż Świadczeniodawca nie poinformował pacjentów o zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

W dniu 1 grudnia 2014 r. ww. informacja została zawieszona wewnątrz obiektu Świadczeniodawcy.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że powyższa informacja była wywieszona na tablicy, lecz została przykryta przez komunikat związany z wdrożeniem systemu EWUŚ.

(dowód: akta kontroli str. 26-30, 32, 86)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości zasoby kadrowe i sprzętowe Świadczeniodawcy.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ

Opis stanu
faktycznego

3.1. Umowy Świadczeniodawcy z ŚOW NFZ obejmowały wyłącznie świadczenia lekarza POZ (nie dotyczyły świadczeń pielęgniarki i położnej POZ). W dokumentacji medycznej 10 pacjentów wytypowanych do badania nie odnotowano lokalizacji pielęgniarki i położnej wskazanej przez pacjenta w deklaracji wyboru. Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że przy podpisywaniu nowej deklaracji wyboru lekarza POZ pacjent ma możliwość podpisania deklaracji wyboru pielęgniarki i położnej (w przypadku kobiet), które są z nią w stałym kontakcie osobistym i telefonicznym. Wyjaśniła także, iż większość pacjentów korzysta z usług pielęgniarki i położnej, z którymi współpracuje. Niewielki odsetek pacjentów wybrał inne pielęgniarki i położne, wtedy nie ma informacji o ich lokalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 36, 74, 105-200, 213)

3.2. Świadczeniodawca uczestniczył od 2013 r. w programie wczesnego wykrywania gruźlicy, który był realizowany przez pielęgniarkę środowiskową. Jak wyjaśniła Pani Zofia Fojcik-Kudła w razie podejrzeń zachorowania na gruźlicę kieruje pacjenta do pracowni rentgenodiagnostyki i pulmonologa. Ponadto Świadczeniodawca realizował program profilaktyki chorób układu krążenia. W latach 2012 -2014 (do 30 czerwca) badaniom poddało się 50 z 260 uprawnionych osób (19,2 %). Z wyjaśnień

Pani Zofii Fojcik-Kudła wynikało, że niewielka część osób bierze udział w programie, gdyż mimo zaleceń odmawiają wykonywania badań, nie korzystają z wystawionego skierowania na badania lub w ogóle nie zgłaszają się do lekarza w danym roku kalendarzowym.

(dowód: akta kontroli str. 75, 87, 91-95)

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

(dowód: akta kontroli str. 75)

3.4. Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że współpraca z placówkami pomocy społecznej polegała na wystawianiu zaświadczeń o stanie zdrowia i konieczności farmakoterapii dla celów uzyskania zasiłku, a w przypadku osób niepełnosprawnych wypisywaniu skierowań na leczenie rehabilitacyjne organizowane przez placówki pomocy społecznej.

(dowód: akta kontroli str. 75)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współdziałanie świadczeniodawcy z innymi podmiotami.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

4.1. Na podstawie analizy 1 150 wpisów w księdze przyjęć dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r. ustalono, że zawierały one dane wymagane w § 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej (oprócz godziny zgłoszenia się pacjenta). W okresie trzech kolejnych miesięcy, tj. kwiecień-czerwiec 2014 r. jednorazowo przyjęto odpowiednio 344, 374 i 351 pacjentów, a dwu lub trzykrotnie przyjęto 92, 72, 141 pacjentów. W ww. okresie nie przyjęto jednego pacjenta więcej niż pięciokrotnie.

W okresie objętym kontrolą księga przyjęć prowadzona była w formie elektronicznej przy pomocy programu Mmedica w wersji standard. Oprogramowanie służyło także m.in. do weryfikacji ubezpieczenia pacjenta, wydruku recept i kuponów, rejestracji deklaracji wyboru lekarza POZ oraz rozliczeń z NFZ. Funkcje programu zapewniały spełnienie wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 68-69)

4.2. W wyniku szczegółowego badania 10 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45-55 lat (sześciu kobiet i czterech mężczyzn), którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ w kontrolowanym podmiocie przed 1 stycznia 2012 r. i skorzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2014 r. wykazano, że dokumentacja zawierała wszystkie elementy wskazane w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵.

W czterech kartach odnotowano wpisy o przebytych poważnych chorobach, w ośmiu o chorobach przewlekłych, w pięciu o pobytach w szpitalu i zabiegach chirurgicznych, w siedmiu o szczepieniach ochronnych i podanych surowicach, w jednej informację o uczuleniach i trzech o obciążeniach dziedzicznych. Wszystkie

¹⁴ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm. (zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”).

karty zawierały wpisy o pomiarze wzrostu i masy ciała pacjenta (BMI). Żadna z kart nie zawierała informacji o stanie uzębienia pacjenta.

Analiza zapisów dotyczących pojedynczej porady w czerwcu 2014 r. w kartach świadczeniobiorców poddanych badaniu wykazała, że w ośmiu przypadkach dokonano opisu badania podmiotowego, w dwóch opisu badania przedmiotowego, w siedmiu zlecono wykonanie badań diagnostycznych lub konsultacji i zabiegów, w dziewięciu przepisano leki, w pięciu dokonano opisu wyników badań diagnostycznych, zaś we wszystkich poradach odnotowano rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu oraz datę i podpis lekarza dokonującego wpisu.

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) pacjenci z badanej próby skorzystali ze 119 porad, z tego 12 dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków. Wszystkie wizyty odbyły się u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru lekarza POZ. W trakcie tych wizyt wykonano 59 pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR) i 37 pomiarów poziomu cukru we krwi.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że wszystkie wizyty pacjentów z badanej próby¹⁶ były uzasadnione medycznie.

(dowód: akta kontroli str. 34-37, 91)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, która polegała na niewprowadzeniu do księgi przyjęć pacjentów lekarza POZ godziny zgłoszenia się pacjenta w żadnym z 1 150 zbadanych wpisów (za styczeń i czerwiec 2014 roku), co było niezgodne z § 44 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że program Mmedica nie daje możliwości wpisywania godziny przyjęć pacjenta w księdze przyjęć.

Z informacji uzyskanej przez NIK u właściciela oprogramowania wynikało, że funkcje programu Mmedica umożliwiają odnotowanie w księdze przyjęć godziny zgłoszenia się pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 68-69, 87, 101-103)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK 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. Jednakże w okresie od stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. w żadnej z 10 kart historii zdrowia i choroby objętych badaniem nie zamieszczono wpisów o przeprowadzonym badaniu *per rectum* i w żadnej z sześciu kart kobiet – wpisu o badaniu gruczołu piersiowego i/lub instruktażu samobadania piersi. Ponadto tylko jedna karta zawierała informację o wykonanym badaniu cytologicznym. Wskazane wyżej badania są badaniami profilaktycznymi w celu wczesnego wykrywania niektórych chorób nowotworowych.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła: „moje pacjentki są pod stałą opieką lekarza ginekologa, na każdej wizycie przypominam pacjentkom o konieczności regularnych wizyt u ginekologa, nie wpisuję tego jednak do dokumentacji medycznej. (...) Książeczki z instruktażem samobadania piersi są dostępne w Praktyce. Z kolei mężczyźni w przypadku niepokojących objawów są kierowani do urologa. W większości przypadków pacjenci nie zgadzają się na przeprowadzenie badania *per rectum*”.

(dowód: akta kontroli str. 34-37, 87)

¹⁶ Najczęściej korzystających z porad w latach 2012-2014 (30 czerwca) oraz pacjentów najczęściej korzystających z porad w okresie kwiecień-czerwiec 2014 r.

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. Świadczeniobiorcy mogli zapisać się na wizytę ambulatoryjną lub domową osobiście, telefonicznie lub przez osobę trzecią. Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że w stanach nagłych zachorowań pacjenci przyjmowani są poza kolejnością, natomiast nie istnieje odrębny tryb związany z powtórzeniem recepty lub wydaniem skierowania na badania diagnostyczne.

(dowód: akta kontroli str. 32, 75)

5.2. Badania diagnostyczne wykonywane były przez dwóch podwykonawców. Z pierwszym z nich podpisano umowę na wykonywanie badań laboratoryjnych, badań RTG i USG¹⁷, z drugim podpisano umowę na wykonywanie tylko badań laboratoryjnych¹⁸. Koszty poniesione przez Świadczeniodawcę z tytułu zleconych badań diagnostycznych w poszczególnych półroczach 2013 i 2014 r. wyniosły odpowiednio: 11 621,00 zł, 10 448,00 zł i 12 885,00 zł. Materiał do badań laboratoryjnych pobierany był u podwykonawców. Informacja o godzinach pobrania materiału oraz zasadach i zakresie badań została wywieszona na tablicy informacyjnej oraz na drzwiach wejściowych do Praktyki.

Właściciel wyjaśniła, że nie wyznaczyła żadnych limitów dotyczących kierowania na badania diagnostyczne. O zasadności skierowania na badania decyduje stan zdrowia pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 26-30, 38, 46-67, 75-84)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą niewykazania w spisie podwykonawców, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy zawartej 26 stycznia 2011 r. z ŚOW NFZ oraz w aneksach do tej umowy, Laboratorium Analitycznego S.C. Violetta Słapa-Uznańska, Jolanta Parzonek w Rybniku, jako podwykonawcy, pomimo że Świadczeniodawca zlecał temu podmiotowi wykonywanie badań diagnostycznych. Było to niezgodne z § 2 ust. 2 powołanej umowy. Łączny koszt tych badań w latach 2011–2014 wyniósł 9 159,50 zł.

Pani Zofia Fojcik-Kudła wyjaśniła, że uzyskała informację z NFZ, iż wystarczy wykazać w załączniku nr 2 tylko jednego podwykonawcę.

(dowód: akta kontroli str. 76-84, 86-87, 117)

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

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

6.1. Sposób przechowywania dokumentacji medycznej gwarantował zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana była w dwóch szafach pancernych zamykanych na klucz. Natomiast dostęp do zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej elektronicznie został zabezpieczony loginem i wieloznakowym hasłem do komputera stacjonarnego oraz oprogramowania.

¹⁷ SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

¹⁸ Laboratorium Analityczne S.C. Violetta Słapa-Uznańska, Jolanta Parzonek w Rybniku.

(dowód: akta kontroli str. 26, 69, 92)

6.2. Świadczeniobiorcy zostali poinformowani o możliwości udostępniania im dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu lub kopii dokumentacji. Z wyjaśnień Pani Zofii Fojcik-Kudła wynikało, że w rzeczywistości wszystkie kopie dokumentacji medycznej były sporządzane bezpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 26-30, 87-88)

Ustalone
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 dniu 26 stycznia 2011 r. Świadczeniodawca zawarł z ŚOW NFZ umowę o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (obowiązuje do 31 grudnia 2014 r.). Umowa była aneksowana siedmiokrotnie¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 105-200)

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

7.3. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) ŚOW NFZ nie nałożył na Świadczeniodawcę kar umownych związanych z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 75)

7.4. Świadczeniodawca rozliczał się z ŚOW NFZ za udzielanie świadczeń POZ na podstawie miesięcznych rachunków, które sporządzano w oparciu o zweryfikowane przez ŚOW NFZ informacje o liczbie deklaracji wyboru lekarza POZ (z podziałem na grupy wiekowe i porady udzielone pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i chorób układu krążenia).

W wyniku analizy rachunków wystawionych za miesiące styczeń i czerwiec 2012 r., 2013 r. i 2014 r. ustalono, że wysokość należności wykazywanych na rachunkach była zgodna ze zweryfikowanymi przez ŚOW NFZ informacjami o liczbie deklaracji wyboru lekarza POZ oraz stawkami finansowania świadczeń określonymi w umowach z NFZ. Wynagrodzenie Świadczeniodawcy z tytułu umów zawartych z ŚOW NFZ wyniosło:

- 19 371,20 zł w styczniu 2012 r. za 1 594 pacjentów; 19 422,40 zł w czerwcu 2012 r. za 1 590 pacjentów,
- 19 337,60 zł w styczniu 2013 r. za 1 575 pacjentów; 18 832,00 zł w czerwcu 2013 r. za 1 547 pacjentów,
- 18 712,00 zł w styczniu 2014 r. za 1 525 pacjentów; 18 328,00 zł w czerwcu 2014 r. za 1 524 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 201-212)

¹⁹ Aneksy z 26 stycznia 2011 r. i 14 września 2011 r. dotyczyły zmiany Zarządzeń Prezesa NFZ, aneks z 18 stycznia 2012 r. dotyczył zmiany tekstu jednolitego umowy wg wzoru określonego Zarządzeniem Prezesa NFZ, aneks z 8 stycznia 2013 r. dotyczył zmiany okresów rozliczeniowych, aneks z 14 maja 2013 r. dotyczył zmiany okresów rozliczeniowych oraz okresu obowiązywania kwot określonych w § 10 umowy, aneks z 10 grudnia 2013 r. przedłużył okres obowiązywania umowy do 31 grudnia 2014 r., aneks z dnia 3 stycznia 2014 r. dotyczył zmiany tekstu jednolitego umowy wg wzoru Zarządzenia Prezesa NFZ.

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

(dowód: akta kontroli str. 75)

7.6. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) PPIS przeprowadził trzy kontrole u Świadczeniodawcy, co szerzej opisano w pkt 2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

IV. Uwagi i 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 Kontroli²⁰, wnosi o:

1. Dostosowanie harmonogramu przyjęć pacjentów do wymogów określonych w załączniku nr 1 do umowy zawartej z ŚOW NFZ na udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz w pkt. 2 podpunkt 1 części I Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
2. Zaktualizowanie wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Uzupełnienie zestawu przeciwwstrząsowego o leki wymienione w pkt. 4 podpunkt 3a części V załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
4. Dokonanie aktualizacji wykazu podwykonawców w załączniku nr 2 do umowy zawartej z ŚOW NFZ na udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Podawanie w księdze przyjęć godziny zgłoszenia się pacjenta, zgodnie z § 44 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
6. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania i dokumentowania działalności profilaktycznej w celu wczesnego rozpoznania chorób, wymaganej art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz.82

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 Katowicach.

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.

Katowice, dnia 30 grudzień 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler
Magdalena Kisiołek
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis