



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.011.05.2016
P/16/054

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/054 - Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Mariusz Pindral, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli: nr LKR/68/2016 z 29 czerwca 2016 r. i nr LKR/79/2016 z 5 lipca 2016 r. 2. Paweł Lipowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli: nr LKR/73/2016 i nr LKR/78/2016 z 5 lipca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2, 100-101)
Jednostka kontrolowana	Mościckie Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów (MCM) ²
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Ziółkowska, Prezes Zarządu MCM (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna³

Działalność MCM w zakresie działań profilaktycznych wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) koncentrowała się na realizacji dodatkowego programu prewencji kardiologicznej, odrębnie finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Przy wykonaniu tego programu nie stwierdzono nieprawidłowości. Istotne jest przy tym, że niemal połowę z populacji objętej opieką lekarzy MCM stanowiła grupa pacjentów w wieku od 40 do 65 lat, w której identyfikuje się czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła nieodnotowania w skontrolowanej dokumentacji medycznej za lata 2012-2015 niektórych danych wymaganych przepisami prawa (informacji o uczuleniach oraz obciążeniach dziedzicznych).

NIK zwróciła również uwagę na:

- sposób prowadzenia wybranej do kontroli dokumentacji medycznej pacjentów, ponieważ nie zawierała ona zapisów o wybranych aspektach stanu zdrowia (np. o badaniach „per rectum” oraz badaniach gruczołu piersiowego i wykonanych badaniach cytologicznych, a dodatkowo część wpisów w tej dokumentacji była nieczytelna,
- skalę zlecanych badań diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych) w poddanej kontroli grupie pacjentów.

Podkreślić należy, że zasadniczymi działaniami przeciwdziałającymi wystąpieniu choroby lub pomocnymi w jej wczesnym wykryciu są – zdaniem NIK – profilaktyczne badania lekarskie oraz diagnostyka laboratoryjna i obrazowa. Powyższe mogłoby zwiększyć wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych, co z kolei wpłynęłoby na poprawę skuteczności terapii i zmniejszenie kosztów leczenia. Stwarzałoby to również warunki dla wzrostu świadomości zdrowotnej pacjentów MCM dotyczącej znaczenia działań profilaktycznych.

¹ Kontrolą objęto lata 2012-2015.

² Podmiotem tworzącym MCM była Gmina Miejska Tarnów.

³ 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. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja działań profilaktycznych w ramach POZ

Opis stanu
faktycznego

W czerwcu i listopadzie 2014 r. oraz w czerwcu i listopadzie 2015 r. opieką MCM w ramach POZ⁴ objętych było odpowiednio 14 076, 13 923, 12 501 i 12 417 pacjentów.

W populacji objętej opieką MCM najwięcej pacjentów – według stanu na:

- czerwiec i listopad 2014 r.: znajdowało się w grupie wiekowej od 20 do 65 lat (grupa ta stanowiła odpowiednio: 70% i 69% ogółu populacji objętej opieką przez MCM). Kolejnymi, pod względem liczebności, grupami wiekowymi były populacje pacjentów: powyżej 65 lat (23% i 24%), od 7 do 19 lat (4% i 5%) oraz od 0 do 6 lat (po 2%);
- czerwiec i listopad 2015 r.: znajdowało się w grupie wiekowej od 40 do 65 lat⁵ (grupa ta stanowiła w tych miesiącach po 49% ogółu populacji objętej opieką przez MCM). Kolejnymi, pod względem liczebności, grupami wiekowymi były populacje pacjentów: powyżej 65 lat (po 26%), od 20 do 39 lat (odpowiednio: 17% i 16%), od 7 do 19 lat (po 5%) oraz od 0 do 6 lat (po 2%).

Udział porad ambulatoryjnych udzielonych pacjentom MCM (znajdującym się na tzw. liście aktywnej) w czerwcu i listopadzie 2014 r. wyniósł w grupach wiekowych:

- od 20 do 65 lat po 51% wszystkich porad (odpowiednio: 1 933 i 1 764);
- powyżej 65 lat odpowiednio: 38% i 37% wszystkich porad;
- od 0 do 6 lat po 7% wszystkich porad;
- od 7 do 19 lat odpowiednio: 3% i 5% wszystkich porad.

Z kolei w czerwcu i listopadzie 2015 r. udział ten w grupach wiekowych wyniósł:

- od 40 do 65 lat odpowiednio: 41% i 44% wszystkich porad (odpowiednio: 1 620 i 1 750);
- powyżej 65 lat odpowiednio: 39% i 37% wszystkich porad;
- od 20 do 39 lat po 7% wszystkich porad;
- od 0 do 6 lat odpowiednio: 7% i 6% wszystkich porad;
- od 7 do 19 lat odpowiednio: 5% i 6% wszystkich porad.

W okresie od czerwca 2014 r. do czerwca 2015 r. populacja objęta opieką lekarzy POZ zmniejszyła się o 1 659 osób (tj. o 12%)⁶, podczas gdy liczba udzielonych porad ambulatoryjnych wzrosła o 5% (z 3 752 do 3 947 porad).

W okresie objętym kontrolą świadczenia zdrowotne w ramach wizyt domowych udzielane były w szczególności osobom w wieku powyżej 65 roku życia (stanowiły one od 87% do 89% wszystkich wizyt domowych). Wizyt takich nie realizowano dla populacji w wieku od 0 do 6 lat.

Jak wyjaśniła Prezes MCM, brak takich wizyt był spowodowany niezgłaszaniem przez rodziców w chwili rejestracji, np. telefonicznej, konieczności wykonania takiej wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 106, 133, 242-243, 244-245, 250-251, 252-253)

W ramach POZ pacjentom MCM świadczeń w czerwcu i listopadzie 2014 r. oraz w czerwcu i listopadzie 2015 r. (w każdym z tych miesięcy) udzielało łącznie 20 lekarzy (z których m.in. 11 lekarzy posiadało specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych, dwóch z zakresu medycyny rodzinnej, jeden z zakresu pediatrii, a pięciu było w trakcie odbywania specjalizacji). Do dziesięciu z tych lekarzy pacjenci złożyli tzw. deklaracje wyboru lekarza POZ.

⁴ W obsłudze pacjentów posługiwano się „Systemem Informatycznym KS-SOMED Wspomaganie Obsługi Przychodni”, który został wdrożony w czerwcu 2013 r. m.in. w ramach świadczeń POZ. System ten nie umożliwiał analizy liczby zleczanych badań diagnostycznych: analitycznych i obrazowych (ogółem) przez poszczególnych lekarzy, z uwzględnieniem całej grupy objętej opieką przez danego lekarza.

⁵ Od stycznia 2015 r. NFZ wprowadził dodatkowe rozróżnienie grup wiekowych: od 20 do 39 lat oraz od 40 do 65 lat.

⁶ Dane nie obejmują programu profilaktycznego realizowanego w POZ (tj. programu profilaktyki chorób układu krążenia), porad, w których wydana została karta diagnostyki i leczenia onkologicznej oraz świadczeń w ramach medycyny pracy. Udział % liczony był w odniesieniu do ogółu osób objętych opieką (znajdujących się na tzw. liście aktywnej).

Liczebność pacjentów POZ przypadających na jednego lekarza (według złożonych deklaracji) wyniosła: w czerwcu 2014 r. od 253 do 2 536 pacjentów, w listopadzie 2014 r. od 267 do 2 515 pacjentów, w czerwcu 2015 r. od 286 do 2 242 pacjentów, w listopadzie 2015 r. od 316 do 2 219 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 239, 240-241)

W czerwcu i listopadzie 2014 r. oraz w czerwcu i listopadzie 2015 r. lekarze POZ wystawili odpowiednio 55, 19, 76 i 29 skierowań na badania diagnostyczne⁷. Łączna liczba wydanych skierowań na badania diagnostyczne (179) w ww. okresie stanowiła 28,4% w analizowanej próbie 630 świadczeń (udzielonych porad w ramach POZ).

Pod względem liczby badań diagnostycznych ogółem:

- w czerwcu 2014 r.: najwięcej badań zlecono pacjentom w grupie wiekowej od 20 do 65 lat (71% pacjentów z badanej grupy 35 pacjentów), następnie: pacjentom powyżej 65 lat (40%), od 7 do 19 lat (31%) oraz od 0 do 6 lat (14%);
- w listopadzie 2014 r.: najwięcej badań zlecono pacjentom w grupie wiekowej od 20 do 65 lat (31% pacjentów z badanej grupy) oraz pacjentom powyżej 65 lat (23%). W pozostałych grupach wiekowych (0-6 lat i 7-19 lat) nie zlecano badań diagnostycznych;
- w czerwcu 2015 r.: najwięcej badań zlecono pacjentom w grupie wiekowej od 40 do 65 lat (71% pacjentów z badanej grupy), następnie pacjentom w wieku 20-39 lat (54%) oraz pacjentom w grupach: od 0 do 6 lat i od 7 do 19 lat (po 31%) i powyżej 65 lat (28%);
- w listopadzie 2015 r. najwięcej badań zlecono pacjentom w wieku powyżej 65 lat (48%), a następnie pacjentom w wieku 40-65 lat (34%). W pozostałych grupach wiekowych (0-6 lat, 7-19 lat, 20-39 lat) nie zlecano badań diagnostycznych.

W ramach badań laboratoryjnych (w poddanych kontroli ww. próbach pacjentów):

- w czerwcu 2014 r. wydano jedno skierowanie na badanie o charakterze profilaktycznym w kierunku wykrycia krwi utajonej (dla pacjenta w wieku powyżej 65 lat); nie zlecano natomiast wykonania tych badań, jako badań diagnostycznych;
- w listopadzie 2014 r. nie zlecano wykonania badań na krew utajoną (profilaktycznych jak i diagnostycznych);
- w czerwcu 2015 r. wydano jedno skierowanie na badanie o charakterze profilaktycznym w kierunku wykrycia krwi utajonej (dla pacjenta w grupie wiekowej od 40 do 65 lat) oraz jedno skierowanie na takie badanie o charakterze diagnostycznym (dla pacjenta w grupie wiekowej od 0 do 6 lat);
- w listopadzie 2015 r. nie wydawano skierowań na badania krwi utajonej.

W ramach badań obrazowych (w poddanych kontroli ww. próbach pacjentów):

- w czerwcu i listopadzie 2014 r. wydano po jednym skierowaniu na wykonanie gastrokopii o charakterze diagnostycznym (dla pacjentów w wieku powyżej 65 lat); nie zlecano gastrokopii profilaktycznej, jak i kolonoskopii (zarówno profilaktycznej jak i diagnostycznej);
- w czerwcu i listopadzie 2015 r. wydano po jednym skierowaniu na kolonoskopię diagnostyczną (dla pacjentów w grupie wiekowej od 40 do 65 lat); nie zlecano gastrokopii (zarówno profilaktycznej jak i diagnostycznej) oraz kolonoskopii profilaktycznej.

W poddanych kontroli ww. miesiącach (w próbach pacjentów):

- nie zlecano pacjentom wykonania badania spirometrycznego;
- badania elektrograficzne (EKG) zlecono do wykonania łącznie 20 pacjentom⁸.

(dowód: akta kontroli str. 106, 133, 246-247, 248-249, 258-259, 260-261, 262-263)

⁷ W związku z brakiem możliwości ustalenia liczby badań diagnostycznych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego MCM, dane w tym zakresie podano na próbie pacjentów. Obejmowała ona po 35 pacjentów w każdej z grup wiekowych, którzy uzyskali świadczenia w czerwcu i listopadzie 2014 r. oraz w czerwcu i listopadzie 2015 r. (łącznie 630 świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ). Ustalając liczbę badań kierowano się liczbę wydanych skierowań (bez względu na liczbę badań na tym skierowaniu).

⁸ Sześciu pacjentom w czerwcu 2014 r. (w tym czterem w grupie wiekowej od 20 do 65 lat); trzem pacjentom w listopadzie 2014 r. (w wieku od 20 do 65 lat); siedmiu pacjentom w czerwcu 2015 r. (w tym czterem w wieku od 40 do 65 lat) oraz czterem pacjentom w listopadzie 2015 r. (po dwóch: w wieku od 40 do 65 lat oraz powyżej 65 lat).

W latach 2014-2015 wizyty u lekarzy POZ zrealizowało 184 pacjentów, którzy ukończyli 45 lat. Pacjenci ci odbyli łącznie 1 050 wizyt lekarskich, w tym cztery wizyty domowe (w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego). Dla 62 osób z tej grupy (tj. 34%) nie zlecono żadnych badań, a w przypadku 122 osób (tj. 66%) lekarz POZ zlecił minimum jedno badanie⁹.

(dowód: akta kontroli str. 239, 240-241)

Odnosząc się do liczby zlecanych badań diagnostycznych Prezes MCM wskazała, że na decyzje lekarzy, jeżeli chodzi o kierowanie pacjentów na badania analityczne, obrazowe, endoskopowe jak i inne, mają wpływ pacjenci i ich nastawienie oraz zgłaszane dolegliwości. Wyjaśniła przy tym, że w ramach umowy z NFZ w POZ był realizowany program profilaktyki chorób układu krążenia. Jak dodała, decyzje lekarzy (w zakresie zlecenia badań) zależały od wywiadu z pacjentem. Jeżeli pacjent nie podawał żadnych dolegliwości ze strony układu pokarmowego to miał *włączaną profilaktykę, gdy jest obciążony dziedzicznie lub na jego prośbę*. Natomiast, gdy pacjent podawał dolegliwości związane z układem pokarmowym *włączana jest pełna diagnostyka lub w zakresie, w jakim pacjent wyraża zgodę*. W przypadku badań EKG Prezes MCM wskazała, że na takie badania *kierowani są doraźnie pacjenci zgłaszający dolegliwości stenokardialne, natomiast pacjenci leczeni w poradni kardiologicznej są monitorowani badaniem EKG na stałe. W przypadku badań spirometrycznych pacjenci podający dolegliwości związane z chorobami płuc czy z wszelkiego rodzaju alergiami przeważnie koniecznie chcą skierowanie do poradni, ponieważ większa część uważa, że tam zostanie objęta profesjonalną opieką lekarza specjalisty w tym zakresie. Zdarza się, że pacjent raz skierowany, nie wyraża zgody na kolejne badanie. Pacjenci tzw. pilni ze względu na stan zdrowia są kierowani bezpośrednio do szpitala*.

(dowód: akta kontroli str. 133, 250-251, 252-253)

Kontroli poddano dokumentację medyczną 60 pacjentów w wieku 45-55 lat, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ w MCM przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu i listopadzie 2014 r. oraz w czerwcu i listopadzie 2015 r. (dokumentację pacjentów pozyskano z listy pacjentów MCM spełniających ww. warunki). Historie zdrowia i choroby były zakładane tym pacjentom w okresie od 1978 r. do 2011 r. Badaniem objęto wpisy w tej dokumentacji za lata 2012-2015.

Świadczeń zdrowotnych ww. pacjentom, w latach 2012-2015, udzielało łącznie 21 lekarzy, w tym 11 posiadających specjalizacje medyczne (z zakresu m.in. chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej i diabetologii).

W indywidualnej dokumentacji medycznej (historii zdrowia i choroby) pacjentów (26 kobiet, tj. 43% badanej próby i 34 mężczyzn, tj. 57%), w ramach wywiadu dotyczącego ogólnego stanu zdrowia, znajdowały się wpisy:

- w 82% przypadków (49 pacjentów) o przebytych poważnych chorobach (w tym m.in. zawałach mięśnia sercowego, depresjach, chorobach: nowotworowych i nadciśnieniowych);
- w 58% przypadków (35 pacjentów) o przebytych chorobach przewlekłych (w tym m.in. u siedmiu pacjentów o leczeniu cukrzycy);
- w 22% przypadków (13 pacjentów) o pobytach w szpitalu (i wystawionych skierowaniach na leczenie szpitalne);
- w 7% przypadków (czterech pacjentów) o przebytych zabiegach chirurgicznych;
- w 13% przypadków (ośmiu pacjentów) o szczepieniach (tj. dwa szczepienia przeciw WZW B i sześć szczepień przeciw grypie).

W latach 2012-2015 łączna liczba wizyt pacjentów objętych wybraną próbą wyniosła 1 927. Liczba odbytych przez poszczególnych pacjentów wizyt u lekarzy POZ w całym ww. okresie wyniosła łącznie od trzech do 103 wizyt; pacjenci z ww. grupy odbywali od jednej do 30 wizyt rocznie.

W wyniku analizy informacji zawartych w 60 kartach zdrowia i choroby (pod względem wybranych zagadnień medycznych) stwierdzono, że:

⁹ Dane na podstawie systemu informatycznego MCM (nie uwzględniono skierowań na badania wystawianych odrębnie; w takich przypadkach zapis o wydanym skierowaniu był umieszczany w wywiadzie lekarskim).

- u dwóch pacjentów wskazano wykonanie badań endoskopowych, tj. kolonoskopii i dwukrotnie gastrokopii,
- pomiary ciśnienia tętniczego krwi („RR”) wykonano podczas 695 wizyt (36% wszystkich wizyt), przy czym w odniesieniu do wizyt poszczególnych pacjentów pomiary takie wykonano w 3% do 94% ich wszystkich wizyt (w przypadku jednego pacjenta podczas jego 24 wizyt w ww. okresie nie wykonano takich pomiarów),
- pomiarów cukru we krwi dokonano podczas 110 wizyt (5,7%), przy czym w przypadku 18 pacjentów nie dokonywano takich pomiarów, u pozostałych pacjentów ich liczba wyniosła od jednego do trzech rocznie.

Biorąc pod uwagę odrębnie wizyty każdego z pacjentów, siedmiu z nich na każdej wizycie otrzymało recepty, a pozostałym 53 pacjentom wystawiono recepty (w tym jako kontynuowanie leczenia) podczas 31% do 90% ich wizyt.

U żadnego pacjentów w poddanej kontroli próbie nie odnotowano podczas 1 927 wizyt informacji dotyczących:

- stanu uzębienia;
- uczuleń (lub ich niewystępowaniu);
- obciążeń dziedzicznych (z wywiadu rodzinnego);
- wzrostu i masy ciała (tzw. wskaźnik „*Body Mass Index*”, BMI¹⁰);
- poddanych kontroli wybranych zagadnień medycznych, tj. badań „*per rectum*”, badania gruczołu piersiowego i/lub instruktazu samobadania piersi (u kobiet), wykonanych badaniach cytologicznych (u kobiet).

W przypadku siedmiu pacjentów (tj. 12%) ich wszystkie wizyty odbyły się tylko u lekarzy wskazanych w deklaracji wyboru lekarza POZ. W 3% do 97% wszystkich swoich wizyt poszczególni pacjenci byli przyjmowani przez lekarzy innych niż wskazani w ich deklaracji wyboru. Siedmiu pacjentów (12% badanej grupy) nie było w ogóle przyjętych przez lekarza wskazanego w swojej deklaracji wyboru.

W zakresie udzielania świadczeń pacjentom przez różnych lekarzy w ramach POZ, Prezes MCM wyjaśniła, że *pacjent zadeklarowany do MCM objęty jest opieką przez każdego lekarza POZ bez względu czy jest do niego zadeklarowany, czy też nie. Czas pracy lekarza w poradni w poszczególne dni tygodnia niejednokrotnie uniemożliwia mu przyjęcie zgłaszających się do niego pacjentów, więc po wyczerpaniu miejsc do lekarzy, u których pacjent chce skorzystać z wizyty proponowany jest inny lekarz dostępny, który w pełnym zakresie zajmie się pacjentem.*

(dowód: akta kontroli str. 102-103, 104, 105, 107-132, 254-255, 256-257)

W toku kontroli stwierdzono ponadto, że w dziewięciu przypadkach (stanowiących 15% z poddanych kontroli 60) dokumentacja medyczna pacjentów zawierała częściowo nieczytelne wpisy ich wizyt zrealizowanych w latach 2012-2013 u lekarzy POZ. Zdaniem NIK zawarte w takiej dokumentacji informacje o stanie zdrowia powinny rzetelnie opisywać faktyczną sytuację dotyczącą leczenia pacjenta odnoszącą się także do jego przeszłości zdrowotnej.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹, obowiązującym w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 23 grudnia 2015 r., każdorazowego wpisu w dokumentacji medycznej dokonuje się w sposób czytelny. Treść ww. przepisu pozostaje w mocy na podstawie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹².

Prezes MCM wyjaśniła w szczególności, że do końca maja 2013 r. dokumentacja medyczna prowadzona była tylko w formie papierowej (odręcznej). Od czerwca 2013 r. uruchomiono system teleinformatyczny, a obecnie trwają prace nad dostosowaniem możliwości tego systemu w celu prowadzenia dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej.

(dowód: akta kontroli str. 107-132, 264, 265-266)

¹⁰ Współczynnik opisujący nadwagę, niedowagę lub prawidłową wartość wagi ciała.

¹¹ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

¹² Dz. U. poz. 2069.

1. Na podstawie analizy 60 historii zdrowia i choroby pacjentów NIK zauważa, że dokumentacja ta nie zawierała wpisów o stanie uzębienia, wzroście i masie ciała (tzw. wskaźnik „Body Mass Index”, BMI¹³), badaniach „per rectum”, badaniach gruczołu piersiowego i/lub instruktażu samobadania piersi (u kobiet) oraz wykonanych badaniach cytologicznych (u kobiet).

Zdaniem NIK brak tych informacji w stwierdzonych przypadkach leczenia danego pacjenta przez różnych lekarzy, sprawujących podstawową opieką zdrowotną w MCM, może w znaczący sposób wpływać na podejmowane decyzje o sposobie leczenia pacjentów, a tym samym na ich przyszły stan zdrowia. Odnotowywanie przez lekarzy MCM ww. informacji mogłoby potwierdzać realizację w ramach POZ prewencji w kierunku występowania chorób nowotworowych mających charakter schorzeń cywilizacyjnych.

2. Biorąc pod uwagę liczbę zleconych badań diagnostycznych NIK dostrzega potrzebę objęcia działaniami profilaktycznymi większej liczby pacjentów w ramach POZ. Przeprowadzona analiza wykazała, że w ciągu czterech miesięcy lekarze POZ wystawili łącznie 179 skierowań na badania diagnostyczne w ramach 630 świadczeń (udzielonych porad), przy czym w ramach badań profilaktycznych skierowania na badania na krew utajoną, gastroskopię i kolonoskopię wydano zaledwie w dwóch przypadkach. Ponadto w wyniku badania zapisów 60 historii zdrowia i choroby pacjentów stwierdzono, że pomiary ciśnienia tętniczego krwi wykonano podczas 36% wszystkich 1 927 wizyt, a pomiary cukru we krwi dokonano podczas 5,7% wizyt.

Zdaniem NIK, lekarz POZ jako lekarz „pierwszego kontaktu” pacjenta z systemem ochrony zdrowia, ze względu na posiadaną wiedzę medyczną o całokształcie jego stanu zdrowia, ma możliwość wpłynąć na decyzję pacjenta odnośnie korzystania ze świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym. Mogą one być realizowane w pierwszej kolejności w ramach opieki podstawowej, a następnie w kolejnych szczeblach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia.

W zakresie nieodnotowywania przez lekarzy POZ w dokumentacji medycznej pacjentów informacji o wybranych aspektach ich stanu zdrowia, Prezes MCM wskazała m.in., że dokumentacja poddana kontroli obejmowała nie cały okres leczenia pacjenta w POZ tylko jego wycinek. Dodała, że mają miejsce sytuacje, gdy pacjenci nie zgłaszają problemów zdrowotnych związanych z ww. zagadnieniami, a lekarz w pierwszej kolejności w badaniu przedmiotowym ma obowiązek odnotować „istotne” nieprawidłowości w stanie zdrowia pacjenta (...). W związku z powyższym lekarz w dniu wizyty pacjenta koncentruje się na obszarach związanych ze zgłaszanymi dolegliwościami pacjenta i w tym zakresie przeprowadza wywiad, który jest mu niezbędny do skutecznego zdiagnozowania pacjenta, więc zleca mu badania mające na celu przyspieszenie, wykluczenie lub zdiagnozowanie problemu zdrowotnego będącego przyczyną zgłaszanych dolegliwości.

Prezes MCM wyjaśniła również, że dodatkowym aspektem jest brak zgody pacjenta na badanie części ciała, która według jego wiedzy nie ma związku z zgłaszanymi dolegliwościami. Ponadto Prezes MCM wyjaśniła, że pacjenci często nie wyrażają zgody na badania (np. w przypadku badania stanu uzębienia lub gruczołu piersiowego u kobiet) wskazując, że są objęciu opieką odpowiednich lekarzy specjalistów.

Natomiast przyczyną niezbyt dużej ilości zleconych badań endoskopowych jest świadoma odmowa pacjenta z kilku przyczyn, np. duży dyskomfort podczas badania, strach przed konsekwencjami. Jeżeli chodzi o liczbę pomiarów ciśnienia, być może w grupie objętych kontrolą nie znajdowali pacjenci podający dolegliwości związane z bólem głowy, szumem itp. Odnosząc się do małej ilości wykonywanych pomiarów cukru we krwi Prezes MCM poinformowała, że w tej placówce dostępny jest dla wszystkich pacjentów wymagających takiego badania dietetyk, ponadto duża grupa pacjentów objęta jest leczeniem w poradni diabetologicznej i badają sobie cukier własnym aparatem w domu.

Prezes MCM poinformowała także, że ilość wykonywanych badań w poszczególnych miesiącach wskazuje, że lekarze POZ zlecają badania, jeżeli jest to medycznie wskazane lub zalecane celem prawidłowej diagnostyki zgłaszanych schorzeń przez pacjenta i gdy

¹³ Współczynnik opisujący nadwagę, niedowagę lub prawidłową wartość wagi ciała.

pacjent wyraża na to zgodę. Zdarzają się również takie sytuacje, że pacjent przychodzi już z wykonanymi badaniami, np. w poradni specjalistycznej lub prywatnie i nie ma potrzeby zlecać ich ponownie skoro wyniki pacjent już ma.

Zdaniem NIK kontrola objęła wystarczający okres (4 lata) dla oceny działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej realizowanej przez MCM w ramach POZ. Należy również podkreślić, że profilaktyka polega na działaniach prewencyjnych, a więc podejmowanych przed wystąpieniem dolegliwości czy stanów chorobowych. Dotyczy to w szczególności pomiarów ciśnienia tętniczego lub glukozy.

(dowód: akta kontroli str. 102-132, 254-255, 256-257)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W 60 historiach zdrowia i choroby, zbadanych w czasie kontroli NIK, nie odnotowano w latach 2012-2015 niektórych danych wymaganych przepisami prawa¹⁴. Dotyczyło to informacji o uczuleniach oraz obciążeniach dziedzicznych, wymaganych przepisami § 42 ust. 3 pkt 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a następnie § 41 ust. 3 pkt 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Prezes MCM dodała także, że należy przyjąć, że jeżeli nie ma adnotacji np. o uczuleniach czy obciążeniach dziedzicznych, w dokumentacji medycznej to domniemywa się, że nie ma takiego problemu. Na wizycie lekarz rozmawia z pacjentem i przed pierwszym zaordynowaniem leków, pyta czy jest pacjent uczulony i na co.

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień ponieważ brak tych zapisów jest niezgodny z obowiązującymi wymogami prawnymi, a ponadto może być niewystarczający dla oceny sytuacji zdrowotnej pacjenta przez różnych lekarzy udzielających porad w ramach POZ.

(dowód: akta kontroli str. 102-132, 254-255, 256-257)

2. Profilaktyka chorób układu krążenia w ramach POZ

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą MCM realizowało program profilaktyczny pn. Profilaktyka Chorób Układu Krążenia (CHUK), na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁵. Celem programu było obniżenie zachorowalności i umieralności poprzez wcześniejsze wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka, jak również promocja zdrowego stylu życia. Wysokość opłaty za świadczenia udzielone w ramach profilaktyki CHUK w wysokości 48 zł określona została w umowie nr 065/100183/POZ/05/2011 o udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z 25 stycznia 2011 r. zawartej pomiędzy MCM a Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ). Kolejne aneksy przywołanej umowy, jak również kolejna umowa z MOW NFZ nr 065/100183/POZ/03/2016 z 30 grudnia 2015 r., nie zmieniły wysokości opłaty.

(dowód: akta kontroli str. 23-99, 134-167)

Program CHUK adresowany był do osób zdrowych, które urodziły się w latach: 1960 r., 1965 r., 1970 r., 1975 r. i 1980 r. Procedura medyczna przewidywała dwie wizyty u lekarza (pierwszą kwalifikującą pacjenta do programu oraz drugą po przeprowadzeniu badań, na której lekarz wydawał ewentualne zalecenia), jak również przeprowadzenie badania fizykalnego, wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego, wypełnienie ankiety oraz wykonanie badań analitycznych.

(dowód: akta kontroli str. 4, 8)

W okresie od sierpnia 2015 r. do czerwca 2016 r. w MCM zarejestrowało się 203 pacjentów (94 w 2015 r. i 109 w 2016 r.) kwalifikujących się do programu chorób układu krążenia, z czego 87 pacjentów nie wyraziło zgody na przystąpienie do programu (33 w 2015 r.

¹⁴ W okresie tym pacjenci odbyli 1 927 wizyt u lekarzy POZ.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 86.

i 54 w 2016 r.). Prezes MCM wyjaśniła, że część pacjentów nie wyraziła zgody, tłumacząc się głównie brakiem czasu na dokonanie badań i kolejnych wizyt u lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 7, 178)

W 2015 r. do programu CHUK przystąpiło 61 pacjentów, z czego procedurę medyczną zakończyło i zostało rozliczonych 54 pacjentów. Siedmiu pacjentów nie rozliczono. Prezes MCM wyjaśniła, że powodem nierozliczenia pacjentów był upływ terminu zgłoszenia się na wizytę podsumowującą wynikający m.in. ze zgłoszenia przez pacjentów innych dolegliwości (pięć przypadków) lub zaniechania przez pacjentów wykonania badań analitycznych (dwa przypadki). We wszystkich wymienionych przypadkach koszty badania w łącznej wysokości 43,70 zł poniosło MCM.

(dowód: akta kontroli str. 7, 168-169, 172)

W 2016 r. (wg. stanu na 29 czerwca 2016 r.) do programu CHUK przystąpiło 54 pacjentów, z czego procedurę medyczną zakończyło i zostało rozliczonych 38 pacjentów, a 17 pacjentów było w trakcie rozliczenia. Prezes MCM wyjaśniła, że na dzień prowadzenia kontroli nie ma pacjentów, którym upłynął termin zgłoszenia się na wizytę podsumowującą, ponieważ pacjent ma prawo zgłosić się i zakończyć program do końca 2016 r. Pracownicy MCM kontaktowali się z pacjentami telefonicznie w celu ustalenia wizyty podsumowującej i zakończenia procedury w ramach programu CHUK. Podczas rozmów telefonicznych pacjenci tłumaczyli niewykonanie badań analitycznych lub niezgłoszenie się na wizytę podsumowującą swoim stanem chorobowym, przyjmowanymi lekami, delegacjami lub brakiem czasu. Niektórzy pacjenci w ogóle nie odbierali telefonów i nie oddzwaniali.

(dowód: akta kontroli str. 7, 174-178)

W okresie realizacji programu MCM przedstawiło MOW NFZ faktury za realizację programu CHUK na łączną kwotę 4 464 zł, z czego MOW NFZ wypłacił 3 792 zł oraz dokonał kompensaty na kwotę 672 zł. Kontrola dokumentacji medycznej dziewięciu losowo wybranych pacjentów (co stanowiło 10% populacji) nie wykazała nieprawidłowości. Każdy z wylosowanych pacjentów spełniał warunki przystąpienia do programu i został rozliczony w ramach NFZ. Pacjenci odbyli dwie wizyty lekarskie oraz poddali się odpowiednim badaniom medycznym. Nie stwierdzono u nich występowania układu krążenia.

(dowód: akta kontroli str. 179-237)

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 Kontroli¹⁶, wnosi o:

- 1) odnotowywanie przez lekarzy POZ w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów istotnych informacji o stanie ich zdrowia, w szczególności o uczuleniach i obciążeniach dziedzicznych;
- 2) podjęcie działań mających na celu zachęcenie pacjentów zgłoszonych do CHUK w 2016 r. do udziału we wszystkich świadczeniach na poszczególnych etapach tego programu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Krakowie.

¹⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

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 wykorzystania sformułowanych 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.

Kraków, dnia 22 września 2016 r.

Kontroler

Paweł Lipowski
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

z up.

Marcin Kopec
Wicedyrektor