



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-014-03/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych. Kontrolą objęto lata od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.

Kontroler Ryszard Adamiec, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90053 z dnia 4.09.2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana Poradnia Lekarzy Rodzinnych s.c. H. Boguszewska, A. Jocz-Minich, A. Płusa-Żak (zwana dalej Poradnią, Spółką lub PLR) z siedzibą w Łodzi przy ul. Batalionów Chłopskich 14.

Kierownik jednostki kontrolowanej Hanna Boguszewska, Kierownik Poradni

(dowód: akta kontroli str. 4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadniają:

- zatrudnienie personelu lekarskiego o wymaganych kwalifikacjach, przy zapewnieniu odpowiedniej dostępności do udzielanych przez nich świadczeń;
- odpowiednie warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze niezbędne do udzielania świadczeń.

Stwierdzone nieprawidłowości były związane z:

- prowadzeniem profilaktycznych badań lekarskich jedynie w ograniczonym zakresie;
- brakiem w dokumentacji zbiorczej, prowadzonej w formie księgi przyjęć Poradni, jednej z wymaganych przepisami informacji;
- stwierdzonymi przypadkami nieprzeprowadzania aktualizacji danych o godzinach pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na portalu Świadczeniodawcy prowadzonego przez NFZ

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja Poradni.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Umowa spółki prawa cywilnego, pod firmą „Poradnia Lekarzy Rodzinnych s.c. w Łodzi przy ulicy Batalionów Chłopskich 14,” została zawarta w dniu 19.08.1998 r. Zakresem działalności spółki objęto świadczenie usług medycznych, usług w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz związaną z tym działalność szkoleniową.

(dowód: akta kontroli str. 5-7)

1.2. Wewnętrzną strukturę PLR i zakresy działań określał Statut PLR z dnia 2.09.2010 r. oraz Regulamin Organizacyjny Poradni z dnia 10.11.2010 r. Regulamin organizacyjny odpowiadał wymogom określonym w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej².

(dowód: akta kontroli str. 9-21)

1.3. W dniu 14.09.1998 r. Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego, pod numerem księgi rejestrowej 4538 (art. 100 ustawy o działalności leczniczej). Zgodnie z wpisem do księgi siedzibą podmiotu leczniczego była przychodnia w Łodzi, przy ul. Batalionów Chłopskich 14. W księgę wpisano także dwie filie Poradni. Zamieszczono w niej także zmiany w strukturze PLR, wprowadzone aneksem do Statutu Poradni z dnia 15 stycznia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 13 i 24)

1.4. W okresie objętym kontrolą Spółka wykonywała świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na podstawie umów z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (ŁOW NFZ)³. Zakres świadczeń obejmował świadczenia lekarza POZ, świadczenia położnej POZ oraz świadczenia pielęgniarki POZ.

(dowód: akta kontroli str. 30-68)

1.5. Poradnia posiada certyfikat na świadczenie usług medycznych w zakresie POZ (obejmuje 3 przychodnie) oraz rehabilitacji (przychodnia przy ul. Batalionów Chłopskich 14). Certyfikat został wydany 30.07.2014 r. przez DEKRA Certification Sp. z o.o. z Wrocławia i jest ważny od 1.09.2014 do 31.08.2017 r. Przychodnia wdrożyła system zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008. Zgodność systemu została udokumentowana w raporcie numer W-A 283711/A11/U/9001.

(dowód: akta kontroli str. 22)

1.6.1. Świadczenia lekarza POZ w Przychodni udzielane były od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 18:00. (w filii przy ul. Wyszyńskiego 99 – w Poradni dla dzieci również w soboty w godzinach 9:00 – 14:00), zgodnie z harmonogramem, stanowiącym załącznik do umowy z ŁOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 142-143)

Poradnia zapewniała ciągłość udzielanych świadczeń. Analiza przyjęć lekarzy POZ w czerwcu 2014 r. wykazała przypadki rozbieżności godzin udzielania świadczeń przez trzech lekarzy w stosunku do harmonogramu ich pracy podanym na portalu

² j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.

³ Nr 051/210039/01/070/14 zawartej na okres 1.02.2009 – 31.12.2014 oraz Nr 051/210039/01/050/14 zawartej na okres 1.01.2012 – 31.12.2014

Świadczeniodawcy (portal Potencjału)-programu informatycznego ŁOW NFZ. Obowiązek zgłoszenia takiej zmiany wynikał z § 2 ust. 6 umowy z ŁOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 120)

Zmiany w harmonogramie pracy lekarzy dokonano w dniu 20.10.2014 r., tj. w czasie niniejszej kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 37-138 i 144)

1.6.2. W harmonogramie do umowy podano, że świadczenia położnej POZ będą dostępne od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 – 18:00, w przychodni przy ul. Batalionów Chłopskich 14 w Łodzi, a świadczenia te miały udzielać 3 położne – jedna zatrudniona na podstawie umowy o pracę i dwie w ramach umów zlecenia.

(dowód: akta kontroli str. 48 i 104)

W Poradni obowiązywał, sporządzany na każdy miesiąc, tzw. grafik pielęgniarski, w którym dla poszczególnych jednostek (Przychodnia i 2 filie) ustalano godziny pracy położnych i personelu pielęgniarskiego, z uwzględnieniem planowanych urlopów. W grafiku pielęgniarskim na miesiąc czerwiec 2014 r. wykazano jedynie położną zatrudnioną na umowę o pracę, a jej godziny pracy określono w poszczególnych dniach od 11:30 do 19:00 lub od 8:00 do 15:30. Takie rozłożenie godzin pracy położnej nie zapewniało dostępności do świadczeń określonej w umowie z ŁOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 127-129)

Kierownik Przychodni wyjaśniła, że ze względu na specyfikę grupy objętej opieką większość świadczeń udzielanych jest w domu pacjenta. W gabinecie położnej środowiskowej udzielane są świadczenia planowe, w terminach uzgodnionych wcześniej z pacjentkami. Położne pracujące na umowy zlecenia, udzielają świadczeń wg ustalonego, stałego harmonogramu (portal NFZ) w domu pacjentów i w gabinecie przy ul. Batalionów Chłopskich 14, więc nie są ujmowane w grafiku pielęgniarskim. Rozkład pracy położnych może zmieniać się w zależności od rodzaju zgłoszonych przypadków, z tego powodu może zaistnieć potrzeba zwiększenia ilości godzin przeznaczonych na wizyty w domu pacjenta, kosztem czasu przeznaczonego na planowe porady w ambulatorium.

(dowód: akta kontroli str. 138)

Wg harmonogramu pracy w Poradni przy ul. Batalionów 14 oraz harmonogramu wizyt domowych, zatrudnione położne zapewniały dostępność udzielanych świadczeń w określonych w umowie godzinach (wydruki z dnia 28.10.2014 r. z portalu Świadczeniodawcy (portal Potencjału)).

(dowód: akta kontroli str. 123)

1.6.3. W harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy zapisano, że świadczenia pielęgniarki POZ będą dostępne od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 – 18:00 (w przychodni przy ul. Batalionów Chłopskich 14 również w sobotę w godz. 9:00-14:00), a świadczeń tych miało udzielać 7 pielęgniarek. Grafik pielęgniarski był zgodny z harmonogramem.

(dowód: akta kontroli str. 63-66 i 127-129)

W związku z chorobą jednej z pielęgniarek (nieobecna cały czerwiec) zatrudniono na umowę zlecenie dodatkową pielęgniarkę (wykazana w ww. grafiku w kolumnie 5). W umowie z ŁOW NFZ ustalono, że zmiana w potencjale wykonawczym powinna być zgłoszona do Funduszu. W tej sprawie Kierownik Poradni wyjaśniła, że w związku z nagłą chorobą jednej z pielęgniarek zaszła konieczność przejęcia jej obowiązków przez pielęgniarkę zatrudnioną już w Poradni i zgłoszoną do Portalu Potencjału NFZ, a nieposiadającą własnej listy aktywnej. Dodatkowo

zatrudniono pielęgniarkę na umowę zlecenie na czas zasiłku chorobowego stałego pracownika. Ponieważ pracownik wraca do pracy po zakończeniu okresu zasiłku chorobowego nie dokonano zmian w harmonogramie.

(dowód: akta kontroli str. 138-139)

Odnosząc się do powyższego wyjaśnienia należy wskazać, że obowiązek zgłoszenia zmiany w harmonogramie pracy lekarza, pielęgniarki i położnej nie dotyczy jedynie przypadku, gdy zaistniała zmiana nie przekracza okresu 14 dni (§ 2 ust. 6 umowy z ŁOW NFZ).

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. niedokonanie we właściwym czasie aktualizacji danych o godzinach pracy personelu lekarskiego na portalu Świadczeniodawcy (portal Potencjału) prowadzonego przez ŁOW NFZ;
2. niezgłoszenie zmian w harmonogramie pracy na portalu Potencjału w związku z chorobą pielęgniarki przekraczającą 14 dni.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (PSSE) w Łodzi przeprowadziła łącznie w Poradni siedem kontroli, z tego trzy kontrole dotyczyły stanu sanitarnego i higienicznego, zabezpieczenia przeciwepidemicznego, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi. Wydawane przez organ zalecenia pokontrolne i decyzje zostały wykonane w wyznaczonych zakresach i terminach.

Decyzje Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Łodzi dotyczyły m.in. zachowania właściwego ciągu technologicznego w sterylizatorni oraz opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny zakaźny materiał biologiczny.

(dowód: akta kontroli str. 97-99)

2.2. Informacje, jakie świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców, wewnątrz budynków siedziby oraz na zewnątrz, w tym znaków graficznych, stosownie do wymagań określonych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki medycznej⁴ zostały umieszczone na terenie przychodni. Na tablicy informacyjnej znajdowała się również informacja o możliwości udostępnienia świadczeniobiorcom ich dokumentacji medycznej w postaci potwierdzonego odpisu.

(dowód: akta kontroli str. 105)

2.3. Do pomieszczeń Poradni prowadziły 3 wejścia, które umożliwiały wjazd pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. Warunki lokalowe

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484

odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ⁵ (Załącznik nr 1 Część V pkt 3), a w szczególności:

- 7 gabinetów lekarskich (4 w części, w której przyjmowali lekarze POZ) zapewniało udzielanie świadczeń zgodnie z ustalonymi harmonogramami pracy (praca na dwie zmiany w godz. 8:00 – 18:00);
- gabinet zabiegowy był połączony funkcjonalnie z punktem szczepień (drugi taki gabinet był wykorzystywany dla szczepień dzieci do lat 6 oraz wykorzystywany (wynajmowany) na potrzeby Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej).

Wypożyczenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze odpowiadało wymogom określonym w ww. rozporządzeniu MZ (Załącznik nr 1 Część V pkt 4), a terminy ważności poszczególnych składników wyposażenia lub produktów nie były przekroczone.

(dowód: akta kontroli str. 25)

2.4.1. W latach 2012 – 2014 (stan na koniec czerwca) liczba lekarzy udzielających świadczeń lekarza POZ na podstawie umów zawartych z ŁOW NFZ przedstawiała się następująco:

specjalizacja	2012	2013	2014
	()*	()*	()*
medycyna rodzinna	8 (8)	7 (7)	7 (7)
pediatria	1 (1)	1 (1)	2 (1,5)
inna niż ww. i 6-letni staż w POZ	2 (2)	2 (2)	1 (1)

()* w nawiasach podano stan w przeliczeniu na etaty: etat lekarza = 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy (art. 93 ust 1 ustawy o działalności leczniczej)

(dowód: akta kontroli str. 27 i 103)

W harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy Nr 051/210039/01/070/14 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ na rok 2014 wykazano 13 lekarzy (stan na dzień podpisania umowy, tj. 30.12.2013 r.), z tego:

- 9 lekarzy posiadających specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej lub pediatrii;
- jeden lekarz posiadający tytuł zawodowy lekarza bez specjalizacji;
- 3 lekarzy w trakcie specjalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 41-44 i 103)

Lekarze o których wyżej mowa posiadali prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ.

(dowód: akta kontroli str. 106-119)

Wg stanu na koniec czerwca 2014 r. liczba lekarzy zmniejszyła się do 10. Wydruk z dnia 23.10.2014 r. z portalu Świadczeniodawcy potwierdził, że ŁOW NFZ został poinformowany o zaprzestaniu udzielania świadczeń w Poradni przez 3 lekarzy.

(akta kontroli str. 120-122 i 145-147)

Kierownik Poradni wyjaśniła, że Poradnia jako jednostka akredytowana, ma uprawnienia do prowadzenia lekarskich staży podyplomowych, praktyk studenckich i staży specjalizacyjnych w zakresie medycyny rodzinnej oraz rezydentur w ww. zakresie. Z tego powodu w harmonogramie, stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ na rok 2014

⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 1248 ze zm.

podano również nazwiska szkolących się w danym momencie lekarzy rezydentów medycyny rodzinnej, posiadających uprawnienia do samodzielnej pracy z pacjentem. Lekarze ci nie mieli uprawnień do tworzenia listy aktywnej, nie byli więc powiązani ze składką kapitałową, przypisaną do konkretnego pacjenta. W związku z czym informacje o zakończeniu przez nich stażu w poradni zgłaszane są za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy NFZ i nigdy nie wymagały pisemnego aneksowania umów, gdyż zmiany nie miały wpływu na realizację zawartej umowy o świadczeniach gwarantowanych.

(dowód: akta kontroli str. 103 i 138)

2.4.2. Łączna liczba złożonych deklaracji wyboru lekarza w latach 2012 – 2014 wynosiła (stan na koniec czerwca):

- rok 2012	15 141
- rok 2013	15 614
- rok 2014	15 665

Deklaracje o których wyżej mowa zostały złożone do 17 lekarzy, z których 10 pracowało wg stanu na koniec czerwca 2014 r. W żadnym przypadku liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza POZ nie przekraczała 2 750 osób⁶ (podane poniżej dane odpowiadają stanowi na koniec czerwca 2014 r.):

Liczba lekarzy obejmujących opieką
2000 ÷ 2500 świadczeniobiorców - 5

Liczba lekarzy obejmujących opieką
1000 ÷ 2000 świadczeniobiorców - 2

Liczba lekarzy obejmujących opieką
poniżej 1000 świadczeniobiorców - 3

(dowód: akta kontroli str. 28 i 103)

2.4.3. Najliczniejsza grupa wiekowa w całej populacji świadczeniobiorców Poradni to grupa w wieku 20-65 lat. Liczba świadczeniobiorców w tej grupie wynosiła od 10 852 osób (72,26%) w styczniu 2012 r. do 10 557 osób (67,39%) w czerwcu 2014 r.

Również pacjenci z tej grupy wiekowej najczęściej korzystali ze świadczeń POZ:

- od 2 884 wizyt w styczniu 2012 r. (56,86%), do 2 936 wizyt w czerwcu 2014 r. (50,21%).

Najmniej korzystali ze świadczeń POZ pacjenci z grupy wiekowej 7-19 lat:

- od 228 wizyt w styczniu 2012 r. (4,50%), do 235 wizyt w czerwcu 2014 r. (4,02%).

W poszczególnych latach objętych kontrolą pacjenci z analizowanych przedziałów wiekowych częściej korzystali z porad ambulatoryjnych i wizyt domowych w styczniu niż w czerwcu.

(dowód: akta kontroli str. 29)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

⁶ według kryterium ustalonego przez NFZ (§ 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ) liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ.

Opis stanu faktycznego

3.1. Z deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ oraz lekarza (pielęgniarki, położnej) POZ wynikało, że wybrane przez świadczeniobiorców pielęgniarki i położne pracowały w Poradni (sprawdzono deklaracje osób objętych badaniem opisanym w pkt. 4 wystąpienia pokontrolnego).

(dowód: akta kontroli str. 83, 86 i 89)

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że lekarz POZ w ramach współpracy z pielęgniarką POZ wydaje skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ. Świadczenia realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania są udzielane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. Świadczenia pielęgniarki POZ realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki. Pielęgniarka POZ pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach, gdy świadczenie, ze względów uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy. Świadczenia gwarantowane położnej POZ są realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania i są wykonywane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. Wszystkie ww. świadczenia są realizowane przez personel zatrudniony w ramach umów o pracę: 7 pielęgniarek pełnoetatowych z kursem środowiskowo - rodzinnym oraz 2 położne środowiskowo-rodzinne pełnoetatowe. Wszystkie czynności są odnotowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta, w zeszycie gabinetu zabiegowego oraz zeszycie zabiegów środowiskowych. Informacje o liczbie udzielonych świadczeń są także przekazywane do ŁOW NFZ w comiesięcznych raportach elektronicznych.

(dowód: akta kontroli str. 77)

W toku kontroli zbadano dokumentację związaną z prowadzeniem przez pielęgniarki POZ opieki środowiskowej:

- dokumentację indywidualną wewnętrzną prowadzoną w formie historii zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej;
- książkę pracy terenowej pielęgniarki.

Sprawdzono 34 wpisy związane z wizytami w okresie marzec-maj 2014 r., dotyczące wybranych 5 pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę. Analiza wykazała terminowość i zgodność wykonywanych świadczeń z zaleceniami lekarskimi.

(dowód: akta kontroli str. 130)

3.2. Zadania z zakresu profilaktyki i edukacji prozdrowotnej wynikające z obowiązujących przepisów prawa⁷ Poradnia realizowała:

- podczas wizyt patronażowych położnej i pielęgniarki,
- w czasie wizyt środowiskowych i domowych pielęgniarki,
- w gabinetach lekarskich i zabiegowych.

⁷ art. 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 214, poz. 1816).

Zadania te polegały m.in. na:

- propagowaniu zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- profilaktycznych badaniach lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- wykonywaniu szczepień ochronnych a także rozdawaniu materiałów edukacyjnych. W przypadku osób z rozpoznaną cukrzycą Poradnia udostępnia glukometri oraz prowadzi naukę ich obsługi.

(dowód: akta kontroli str. 70-72)

Niektóre z ww. działań były dokumentowane w:

- indywidualnej dokumentacji pacjenta z grupy POChP⁸ w postaci tzw. Listy kontrolnej, potwierdzającej objęcie pacjenta m.in. edukacją na temat tej choroby;
- historii zdrowia i choroby pacjenta:
 - w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób i problemów zdrowotnych dokonywano wpisu o poinformowaniu pacjenta o zalecanych szczepieniach;
 - w części dotyczącej porad ambulatoryjnych dokonywano wpisu o przeprowadzeniu edukacji w zakresie prawidłowego stylu życia i żywienia;
- kartach badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia;
- ankietach świadczeniobiorcy w programie profilaktyki gruźlicy.

(dowód: akta kontroli str. 131-132)

3.3. W sprawie kontaktów Przychodni z administracją samorządową, Kierownik Przychodni wyjaśniła, że organy administracji samorządowej nie występowały do tej pory o informacje o stanie zdrowia lokalnej społeczności oraz, że „Zgodnie z obowiązującym prawem, tego typu informacje są przekazywane do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia”. Wyjaśniła podano, że w trakcie wizyt środowiskowych, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna decyduje o potrzebie zawiadomienia MOPS, celem wykonania wywiadu środowiskowego, a kontakt telefoniczny z pracownikiem MOPS odnotowany jest w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 72 i 131)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

4. Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

4.1. Zbiorcza dokumentacja medyczna świadczeniobiorców Poradni prowadzona jest w formie elektronicznej przy użyciu programu mMedica. Dodatkowo Poradnia prowadzi również tzw. zeszyt zapisów (dokument papierowy), w którym zapisywano uzgodnioną wcześniej z pacjentem godzinę przyjęcia do lekarza w danym dniu. Przy

⁸ przewlekła obturacyjna choroba płuc

pomocy programu mMedica sprawdzane są i gromadzone potwierdzenia ubezpieczenia pacjentów w systemie Ewuś. Program służy również m.in. do rozliczeń umów z ŁOW NFZ i prowadzenia statystyki w zakresie wszystkich zrealizowanych świadczeń. Dodatkowo w programie prowadzona jest kolejka oczekujących oraz księga przyjęć dla wszystkich komórek organizacyjnych. W zakresie POZ w bazie danych przechowywane są wszystkie deklaracje oraz ich weryfikacje.

W informacji uzyskanej w trakcie kontroli od pracownika firmy, która zajmuje się obsługą programu i bazy danych Poradni podano, że do zakończenia wdrożenia programu pozostał ostatni etap obejmujący gabinet lekarski, a szacowany koszt z tym związany (zakup brakującego sprzętu i oprogramowania) wynosi 150 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 79)

4.2.1. W § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹ (zwane dalej rozporządzeniem w sprawie dokumentacji) określono, że podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi przyjęć. Informacje jakie powinny być zawarte w tej księdze podane zostały w § 44 ww. rozporządzenia.

Z oględzin zapisów elektronicznych w księdze przyjęć (zbadano zapisy w miesiącach styczniu i czerwcu 2014 r.) wynikało, że wszystkie wymagane informacje były w niej zawarte, z wyjątkiem faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta – zamiast tego podana była godzina wprowadzenia danych do systemu. I tak np.: w przypadku pacjentki - nr wpisu w księdze przyjęć 30 923, zapisanej w dokumencie papierowym, tzw. zeszycie zapisów do lekarza nr 1 (wg kolejności zapisów w zeszycie) na godz. 10:30 w dniu 2.06.2014 r., dane do systemu wprowadzono w tym samym dniu o godz. 12:38 (brak godziny zgłoszenia się pacjentki).

(dowód: akta kontroli str. 80 i 100)

Kierownik Przychodni poinformowała, że podjęto decyzję o uzupełnieniu księgi przyjęć o godzinę zgłoszenia się pacjenta i że w tej postaci będzie ona funkcjonować od 01.01.2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 92)

Poradnia prowadziła również dokument papierowy, tzw. zeszyt zapisów, w którym zapisywano uzgodnioną wcześniej z pacjentem godzinę przyjęcia w danym dniu przez poszczególnego lekarza. I tak np. do lekarza nr 3 (wg kolejności w zeszycie zapisów) zapisano na wizytę w dniu 30.09.2014 r. w godzinach 12-16 dwudziestu pacjentów w odstępach 10 – 15 minutowych (oraz 3 dodatkowych). Faktycznie zostało przyjętych 26 osób – wg listy sporządzonej w gabinecie lekarskim przez przyjmującego lekarza. W zeszycie tym nie podawano faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 96)

4.2.2. W okresie trzech kolejnych miesięcy 2014 r. (marzec-maj) stwierdzono:

- | | |
|--|--------|
| - liczba osób przyjętych jednorazowo w miesiącu: | 10 731 |
| - liczba osób przyjętych do 3 razy w miesiącu: | 14 111 |
| - liczba osób przyjętych powyżej 5 razy w miesiącu: | 5 |
| - najwyższa liczba wizyt tej samej osoby w miesiącu: | 6 |

⁹ Dz. U. z 2014 r., poz.177 ze zm.

- najwyższa liczba wizyt tej samej osoby w okresie kolejnych 3 miesięcy:

12

(dowód: akta kontroli str. 80)

4.3. Indywidualna dokumentacja medyczna, historia zdrowia i choroby, prowadzona była w formie papierowej. W celu sprawdzenia poprawności jej prowadzenia zbadano karty pacjentów urodzonych w 1969 r. i w latach wcześniejszych, przyjętych w dniu 2.06.2014 r. przez 3 lekarzy (po 10 osób). Z ogólnej liczby 30 dokumentów poddanych badaniu 10 dotyczyło mężczyzn.

W 29 kartach historii zdrowia i choroby (96,7%) odnotowano informacje o przebytych poważnych i przewlekłych chorobach, w 5 kartach (16,7%) o pobytach w szpitalu, w 12 (40%) o leczeniu chirurgicznym. Informacje o szczepieniu lub zastosowaniu surowicy zamieszczono w 15 kartach (50%), o wystąpieniu uczuleń odnotowano w 16 kartach (53,3%), a o chorobach dziedzicznych w 6 kartach (20%). Masę ciała i wzrost pacjenta, dla wyliczenia wskaźnika BMI, zamieszczono w 6 kartach (20%). Wynik badania per rectum opisano w 7 kartach (23,3%). Badanie gruczołu piersiowego i/lub instruktarz samobadania piersi odnotowano w 7 z 20 kart kobiet (35%), a informacje o wyniku badania cytologicznego w 5 kartach (25%). Oznaczenie poziomu glukozy we krwi wpisano w 27 historiach zdrowia i choroby (90%). W trakcie 759 analizowanych wizyt wykonano 170 pomiarów ciśnienia tętniczego krwi u 27 świadczeniobiorców. W analizowanym okresie 36 wizyt (4,7%) dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków. Odsetek wizyt u lekarza POZ wskazanego w deklaracji wyboru wyniósł 56,1.

(akta kontroli str. 81-89)

4.4. Dokumentacja medyczna była przechowywana w pomieszczeniu znajdującym się na zapleczu rejestracji, zabezpieczonym przed dostępem nieupoważnionych osób kratą.

(akta kontroli str. 26)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W żadnej z 30 analizowanych historii zdrowia i choroby nie opisano wyniku badania stanu uzębienia pacjenta, w 25 przypadkach (83,3%) nie zamieszczono informacji o leczeniu szpitalnym lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia, w 18 kartach (60,0%) nie odnotowano informacji o zabiegach chirurgicznych lub niekorzystaniu z takiego leczenia, w 24 kartach (80,0%) nie odnotowano masy ciała i wzrostu, zaś w 23 kartach (76,7%) nie opisano wyniku badania per rectum lub informacji o odmowie pacjenta poddania się takiemu badaniu. W 13 kartach kobiet (65,0%) nie opisano wyniku badania gruczołu piersiowego i/lub instruktarzu samobadania piersi, zaś w 15 kartach (75,0%) nie odnotowano informacji o wyniku badania cytologicznego.

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów wskazuje, że profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób prowadzone były przez lekarzy w ograniczonym zakresie. Ponadto NIK zauważa, że niewpisywanie informacji o leczeniu szpitalnym lub przebytych zabiegach chirurgicznych może budzić uzasadnione wątpliwości co do interpretacji zapisów prowadzonej dokumentacji.

Kierownik Poradni dr Hanna Boguszevska wyjaśniła m.in., że „Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej do karty indywidualnej chorego włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w

niej informacje istotne dla procesu leczniczego i diagnostycznego. Dokumentacja medyczna wewnętrzna pacjentów (...) spełnia wszystkie wymagane w rozporządzeniu warunki. Nie ma więc potrzeby dublowania informacji zawartych w kartach szpitalnych dodatkowym wpisem lekarza prowadzącego. Należy również uznać, że brak wpisu o szczepieniach i stosowanych surowicach jest równoznaczny z tym, że pacjent nie przebył takich procedur."

(dowód: akta kontroli str. 92)

2. W księdze przyjęć Poradni nie rejestrowano faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 80-93)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

5. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych.

Opis stanu
faktycznego

- 5.1. W Regulaminie organizacyjnym zapisano, że:

- rejestracja pacjentów odbywa się w każdej dostępnej formie, tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich bądź telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego;
- świadczenia zdrowotne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności, w dniach i godzinach jej udzielania;
- Poradnia nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane niezwłocznie.

(dowód: akta kontroli str 14-21)

Sposób (terminy) przyjęć do lekarza POZ w przypadkach stabilnych wymagających kontynuacji diagnozowania lub leczenia – na przykładzie pacjentki, która zgłosiła się osobiście do rejestracji (poradnia przy ul. Batalionów Chłopskich 14 – zgłoszenie do lekarza nr 2) w dniu 24.09.2014 r. o godz. 11:45 wyglądał następująco:

- w dniu 24.09.2014 r. ww. lekarz przyjmował w godz. 14:00 – 18:00. – wszystkie miejsca były zajęte – zapisano 20 pacjentów;
- w dniu 25.09.2014 r. ww. lekarz przyjmował w godz. 9:00 - 14:00 – wszystkie miejsca były zajęte – zapisano 24 pacjentów;
- w dniu 26.09.2014 r. ww. lekarz przyjmował w godz. 9:00 - 14:00 – zgłaszająca się pacjentka została zapisana na godz. 13:00 (na 21 pozycji).

(dowód: akta kontroli str. 99)

- 5.2. W wyjaśnieniu Kierownika Przychodni podano, że:

- Poradnia ustaliła, że powtórzenie recept u pacjentów objętych stałą opieką lekarską i takich, których stan zdrowia nie uległ zmianie może odbywać się 1 raz na 3 do 6 miesięcy, bez osobistej wizyty. Później musi odbyć się wizyta kontrolna, potwierdzająca konieczność kontynuacji podjętego leczenia;
- wszystkie skierowania na badania diagnostyczne wydawane są wyłącznie w trakcie wizyty u lekarza POZ. W przypadku pacjentów objętych stałą opieką poradni specjalistycznej istnieje możliwość wydania skierowania na kontynuację leczenia bez kolejnej wizyty u lekarza;

- każdy lekarz pracujący w Poradni może wydać skierowania na badania będące w jego kompetencjach w sytuacjach uzasadnionych merytorycznie bez limitów. W przypadku znacznej różnicy w ilości wydawanych skierowań w stosunku do średniej miesięcznej Kierownik Poradni przeprowadza kontrolę zasadności;
- informacja o dniach i godzinach pobierania materiału diagnostycznego zamieszczona jest na tablicy ogłoszeń. Pobrania odbywają się 3 razy w tygodniu. Istnieje także możliwość w sytuacjach medycznie pilnych (decyzja lekarza) pobranie materiału natychmiast i wysłanie go po telefonicznym zawiadomieniu do laboratorium (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej).

(dowód: akta kontroli str. 92-93)

5.3. Poradnia zawarła umowy na wykonywanie badań diagnostycznych z następującymi podmiotami:

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „NAWROT-MED”, Łódź (badania usg i rtg);
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej, Łódź (diagnostyka laboratoryjna);
- Centrum Medyczne „Medyceusz”, Łódź;
- Gabinet USG S. Narkiewicz, Łódź (badania usg).

Koszty tych badań w wybranych okresach czasu przedstawiały się następująco:

- | | |
|-------------------|-------------|
| - 01 – 06.2013 r | - 84 322 zł |
| - 07 – 12.2013 r. | - 76 458 zł |
| - 01 – 06.2014 r. | - 76 871 zł |

(dowód: akta kontroli str. 51 i 94)

Niektóre badania diagnostyczne Poradnia prowadziła we własnym zakresie (morfologia, OB, mocz, wzory Schillinga, retikulocyty). W tym przypadku nie jest możliwe określenie kosztów tych badań ze względu na uproszczony system księgowości stosowany w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 95)

W umowie Nr 051/210039/01/070/14 z NFZ nie wykazano jako podwykonawców Centrum Medycznego „Medyceusz” oraz Gabinetu USG S. Narkiewicz. W umowie tej ustalono, że nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga zgłoszenia dyrektorowi ŁOW NFZ. W wyjaśnieniu złożonym w tej sprawie Kierownik Przychodni podała, że we wszystkich umowach zawartych z NFZ od 2012 roku lista podwykonawców jest stała oraz, że umowy z podwykonawcami są zawarte na czas nieokreślony. Do wyjaśnienia dołączono wydruki (z dnia 30.10.2014 r.) z portalu Świadczeniodawcy (portal Potencjału)-programu informatycznego NFZ, z których wynika, że:

- umowa z podwykonawcą – Centrum Medyczne MEDYCEUSZ obowiązuje od 1.01.2012 r. i jest zawarta na czas nieokreślony;
- umowa z podwykonawcą – Prywatny Gabinet USG Sławomir Narkiewicz obowiązuje od 1.01.2008 r. i jest zawarta na czas nieokreślony.

(dowód: akta kontroli str. 140-141)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

6. Rozliczanie umów o świadczenia POZ.

Opis stanu
faktycznego

6.1. W dniu 30.12.2013 r. wspólnicy Spółki zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia – Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Łodzi dwie umowy:

- Nr 051/210039/01/070/14 na realizację świadczeń lekarza oraz położnej POZ;
- Nr 051/210039/01/050/14 na realizację świadczeń pielęgniarki POZ.

Ww. umowy stanowiły załącznik do aneksu do umów obowiązujących w 2013 r. i zostały zawarte w związku z uzgodnieniem przez strony przedłużenia okresu obowiązywania tych umów do dnia 31.12.2014 r. W analogiczny sposób zawarto umowy obowiązujące w latach 2012 i 2013.

Wprowadzane zmiany były związane m.in. z:

- uaktualnieniem podstawy prawnej – powołaniem się na aktualnie obowiązujące zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
- zmianami w załączniku Harmonogram zasoby (zmiany personelu).

(dowód: akta kontroli str. 51 i 94)

W związku z realizacją umów ŁOW NFZ nie nałożył na Poradnię kar umownych.

(dowód: akta kontroli str. 109)

6.2. W poniższym zestawieniu podano liczbę osób objętych opieką poz w poszczególnych miesiącach okresu objętego kontrolą:

miesiąc/rok	2012	2013	2014
styczeń	15084	15411	15738
luty	15095	15599	15760
marzec	15155	15631	15746
kwiecień	15187	15624	15834
maj	15164	15728	15890
czerwiec	15192	15646	15723
lipiec	15219	15704	
sierpień	15235	15743	
wrzesień	15245	15724	
październik	15267	15751	
listopad	15294	15733	
grudzień	15431	15742	

(dowód: akta kontroli str. 73)

6.3. W badanym okresie Poradnia była kontrolowana przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (w dniu 25.01.2013 r.), a zakres przedmiotowy tej kontroli obejmował zgodność komórek organizacyjnych z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz ocenę zgodności działania podmiotu leczniczego z przepisami ustawy o działalności leczniczej. Z kontroli tej nie pozostawiono protokołu.

(dowód: akta kontroli str. 100)

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 Kontroli¹⁰, wnosi o:

1. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania i dokumentowania działalności profilaktycznej na rzecz wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych.
2. Odnotowywanie w Księdze przyjęć Poradni faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta na wizytę.

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 Łodzi.

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.

Łódź, dnia 15 grudnia 2014 r.

Kontroler
Ryszard Adamiec
gł. specjalista k.p.


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


podpis

¹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

