



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP. 410.008.05.2016

P/16/054

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/054 Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	Aleksandra Pawlicka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/32/2016 z dnia 13 czerwca 2016 r. Krzysztof Rajczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/37/2016 z dnia 27 czerwca 2016 r. (dowód: akta kontroli, str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Trzy Kotwice” A. Szpak, E. Tuła-Granat, P. Bednarz Spółka Cywilna w Brzegu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Aleksander Szpak, Kierownik NZOZ (dowód: akta kontroli, str. 165)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zakresie prowadzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej profilaktyki zdrowotnej.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności prawidłowa realizacja obowiązków w zakresie prewencji chorób kardiologicznych i chorób układu krążenia, o czym świadczy wysoki odsetek pacjentów, którym wykonywano badania diagnostyczne i EKG oraz dokonywano pomiaru ciśnienia tętniczego. W ocenie NIK niewystarczający był jednak sposób dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów działań profilaktycznych. W szczególności w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych działania takie były podejmowane, lecz nie odnotowywano tego faktu w tej dokumentacji.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku zamieszczania w dokumentacji medycznej niektórych informacji odnoszących się do stanu zdrowia pacjentów, w tym dotyczących ich przeszłości zdrowotnej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja działań profilaktycznych przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna³

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2014-2015⁴ na liście aktywnej pacjentów SPZOZ znajdowało się od 10 300 do 11 404 osób. Struktura wiekowa pacjentów objętych opieką lekarza POZ była następująca:

- pacjenci w wieku do szóstego roku życia stanowili od 8% do 8,8% wszystkich pacjentów,
- pacjenci w wieku od 7 do 19 lat - od 15,8% do 16,9%,

¹ Dalej: NZOZ.

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 Dalej: POZ.

⁴ Stan taki ustalono w oparciu o zestawienie list świadczeniobiorców, na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ w styczniu i czerwcu 2014 r. oraz w styczniu i czerwcu 2015 r.

- pacjenci w wieku od 20 do 65 lat - od 57,2% do 61,5%,
 - pacjenci powyżej 65 roku życia stanowili od 14,6% do 17,4% wszystkich pacjentów.
- (dowód: akta kontroli, str. 24-25)

W miesiącach czerwcu i listopadzie w roku 2014 oraz 2015, liczba udzielanych miesięcznie porad przez lekarzy POZ wynosiła od 3 454 (czerwiec 2014 r.) do 3 735 (listopad 2014 r.). Porad tych udzieliło 10 lekarzy POZ, spośród których sześciu zatrudnionych było w wymiarze pełnego etatu⁵. Lekarze ci, oprócz udzielania porad, przeprowadzali dodatkowo od 25 do 39 wizyt domowych miesięcznie. Oznaczało to, iż w ww. miesiącach porad i wizyt udzielono pacjentom, którzy stanowili od 30,6% do 35,9% wszystkich osób objętych opieką SPZOZ. Najwięcej porad i wizyt dotyczyło pacjentów w wieku 20-65 lat (od 14% do 16,4% ogółu osób objętych opieką). Najmniej porad udzielono natomiast pacjentom z grupy wiekowej 7-19 lat (od 2,9% do 5,1% ogółu osób objętych opieką).

(dowód: akta kontroli, str. 23-25)

W miesiącach czerwcu i listopadzie w roku 2014 i 2015, pacjentom SPZOZ wykonano łącznie 8 153 badań diagnostycznych (od 1 850 do 2 384 badań diagnostycznych miesięcznie), w tym najwięcej badań (4 308, tj. 52,8%) wykonano pacjentom w wieku od 20 do 65 lat (od 964 do 1213 badań miesięcznie) oraz pacjentom powyżej 65 roku życia (łącznie 3 077, tj. od 647 do 948 badań miesięcznie). W wykonanych w ww. miesiącach 8 153 badaniach liczba badań kału na krew utajoną wynosiła 11, liczba wykonanych gastrokopii wynosiła 69, a kolonoskopii 33. Badania na krew utajoną, gastroscopia i kolonoskopia były badaniami diagnostycznymi do zgłaszanych dolegliwości (za wyjątkiem jednej kolonoskopii, która była badaniem profilaktycznym).

(dowód: akta kontroli, str. 24-25)

1.2. Liczba pacjentów powyżej 45 roku życia, którzy skorzystali z wizyty u lekarza POZ wynosiła: w czerwcu 2014 r. – 1 626, w listopadzie 2014 r. – 1 666, w czerwcu 2015 r. – 1 671, a w listopadzie 2015 r. – 1 582.

Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną 80 pacjentów powyżej 45 roku życia⁶, którym pomimo wizyty u lekarza nie zlecono badań diagnostycznych w ww. miesiącach. W kontroli ustalono, że w latach 2014-2015 czterem pacjentom z tej grupy nie zlecono żadnych badań, pomimo licznych wizyt u lekarza⁷. Przyczyną braku zlecenia badań ww. czterem pacjentom była okoliczność, iż odbyte przez nich wizyty u lekarza były tzw. wizytami recepturowymi, tj. takimi, których celem było powtórzenie przepisanego wcześniej leków. Lekarze prowadzący ww. pacjentów wyjaśnili, że pacjenci mieli wykonywane badania w latach 2012-2013 lub w roku 2016. Wyjaśnili również, że dwoje z nich objętych było opieką poradni specjalistycznych, a jeden miał wykonywane badania poziomu cukru przez pielęgniarkę środowiskową. Ponadto Kierownik NZOZ wyjaśnił, że pacjent o numerze 501 w listopadzie 2013 r. odmówił leczenia w poradniach specjalistycznych – odnotowano to w kartotece pacjenta. Od tego okresu jestem jedynym lekarzem tolerowanym przez pacjenta i któremu w ograniczonym zakresie pacjent poddaje się badaniu fizykalnemu. Poza tym pacjent nie zgadza się na żadne procedury medyczne. Wszystkie wizyty i badania odbywają się w obecności współmałżonka lub córki. Rodzina cały czas posiada, wydane przeze mnie, odpowiednie skierowania na leczenie. Jako lekarz muszę szanować wolę pacjenta i jego rodziny (...).

(dowód: akta kontroli, str. 13-16, 163-164)

Ponadto w indywidualnej dokumentacji medycznej dwojga pacjentów, którzy w czerwcu 2015 r. odbyli odpowiednio 17 i 18 wizyt u lekarzy POZ, pomimo adnotacji o wydaniu skierowań na badania, brak było wpisów dotyczących wyników tych badań. Kierownik NZOZ, będący lekarzem prowadzącym tych pacjentów wyjaśnił: *Brak odnotowania badania w kartotece oznacza prawdopodobnie niewykonanie badania przez pacjenta lub niedostarczenie przez pacjenta wyniku badania lekarzowi (...).*

⁵ Ponadto jeden lekarz zatrudniony był na pół etatu, a trzech lekarzy świadczyło usługi na podstawie umów zlecenia.

⁶ Po 20 pacjentów, którzy skorzystali z wizyty u lekarza POZ w miesiącach czerwcu lub listopadzie 2014 r. i 2015 r.

⁷ Od 13 do 24 wizyt.

W latach 2014-2015, wszystkim 80 pacjentom, co najmniej raz dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego w trakcie wizyty u lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli, str. 13-16, 163-164)

1.3. Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej 62 pacjentów⁸ NZOZ w wieku 45-55 lat, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ w tej placówce przed 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu lub listopadzie odpowiednio 2014 r. i 2015 r.⁹ wykazało, iż w historii zdrowia i choroby ww. pacjentów odnotowano następujące dane o ogólnym stanie zdrowia i istotnych problemach pacjenta:

- w siedmiu kartach (11,3%) odnotowano wywiad w zakresie przebytych poważnych chorób,
- w 55 kartach (88,7%) odnotowano informacje o chorobach przewlekłych,
- w 42 kartach (67,7%) odnotowano informacje o pobytach w szpitalu,
- w 20 kartach (32,2%) odnotowano informacje o przebytych zabiegach operacyjnych,
- w 27 kartach (43,5%) odnotowano informacje o szczepieniach i stosowanych surowicach,
- w ośmiu kartach (12,9%) odnotowano informacje o uczuleniach,
- w dwóch kartach (3,2%) odnotowano przeprowadzenie wywiadu rodzinnego dotyczącego obciążeń dziedzicznych.

(dowód: akta kontroli, str. 141-147)

Stwierdzono, iż ww. 62 pacjentów odbyło w latach 2012-2015 łącznie 1 318 wizyt u lekarza POZ, z czego 92,6% wizyt odbyło się u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru lekarza POZ. Liczba wizyt ww. pacjentów, której celem było jedynie powtórne uzyskanie recept na dotychczas przyjmowane przez te osoby leki wyniosła 608 (46,1% wizyt).

Stwierdzono też, iż w indywidualnej dokumentacji medycznej ww. 62 pacjentów:

- w 14% porad odnotowano wykonanie badania poziomu cukru we krwi,
- w 62,2% porad odnotowano wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, a pomiar taki dokonano co najmniej raz u wszystkich 62 pacjentów,
- w 12,2% porad odnotowano wykonanie badania poziomu cholesterolu, a badanie to wykonano co najmniej raz u 55 osób, tj. u 88,7% pacjentów,
- w 7,5% porad odnotowano wynik badania EKG serca, a badanie to wykonano co najmniej raz u 44 osób, tj. u 71% pacjentów,
- w jednej (1,6%) z 62 zbadanych kart odnotowano przeprowadzenie badania *per rectum*,
- w żadnej (0%) z 37 zbadanych kart kobiet nie zamieszczono informacji o wykonaniu lub zleceniu badania cytologicznego,
- w żadnej (0%) z 37 zbadanych kart kobiet nie odnotowano badania gruczołu piersiowego i/lub przeprowadzenia instruktażu samobadania piersi.

(dowód: akta kontroli, str. 141-148)

Kierownik NZOZ wyjaśnił, że *brak wpisu w 61 kartach (98,4%) na 62 karty pacjentów w wieku 45-55 lat w kontrolowanych przedziałach czasowych (...) wynika z faktu, że u 61 pacjentów nie stwierdzono odchyłeń w zakresie tego badania, stwierdzono natomiast patologię u 1 pacjenta i ten fakt odnotowano w dokumentacji medycznej.* Stwierdził też, że wizyty kontrolne w poradni ginekologicznej były regularnie zalecane pacjentkom, natomiast adnotacja o wykonaniu badania w dokumentacji lekarza POZ zależy wyłącznie od dobrej woli pacjentki, która badanie wykonała, a dokument z wynikiem badania dostarczyła do lekarza POZ. W wyjaśnieniach Kierownik NZOZ stwierdził również: *Brak wpisu w 100% kart pacjentów w wieku 45-55 lat w kontrolowanych przedziałach czasowych w zakresie informacji o przebytych badaniach gruczołu piersiowego oraz instruktażu samobadania piersi wynika z faktu, że z powodu ram czasowych wizyty lekarskiej - niektóre informacje, szczególnie brak odchyłeń, jak też przeprowadzenie edukacji zdrowotnej - nie zawsze są odnotowywane. Brak wpisu w 60 kartach (96,8%) z 62 kart pacjentów w wieku 45-55 lat w kontrolowanych przedziałach wiekowych w zakresie obciążeń dziedzicznych wynika z faktu, że u poddanych kontroli 60 pacjentów nie stwierdzono obciążeń dziedzicznych. To lekarz na podstawie posiadanej wiedzy, wywiadu decyduje o stwierdzeniu faktu wystąpienia obciążeń dziedzicznych i jego odnotowaniu.*

(dowód: akta kontroli, str. 155-159)

⁸ W grupie 62 zbadanych kart historii zdrowia i choroby 37 (59,7%) stanowiły karty kobiet, a 25 (40,3%) stanowiły karty mężczyzn. Badaniu poddano dokumentację sporządzoną przez dwóch lekarzy POZ.

⁹ Zbadano 9,5% kart zdrowia i choroby pacjentów, spełniających ww. kryteria (62 z 654 kart pacjentów).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że realizowane przez lekarza POZ działania mające na celu profilaktykę chorób i działania ukierunkowane na identyfikację czynników ryzyka, w tym w szczególności polegające na uzyskiwaniu informacji o objęciu pacjenta badaniami profilaktycznymi dotyczącymi chorób nowotworowych (bez względu na to jaki podmiot leczniczy badania takie realizował), powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Opis stanu
faktycznego

W badanej próbie stwierdzono pięć przypadków pacjentów powyżej 50 roku życia, którym, pomimo licznych¹⁰ wizyt u lekarza POZ, nie wykonano w latach 2012-2015 badania EKG.
(dowód: akta kontroli, str. 141-148)

Kierownik NZOZ wyjaśnił, że trzem spośród pięciu pacjentów, którym nie wykonano badań EKG, wykonano to badanie w 2010 lub w 2011 r., a u pozostałych dwóch pacjentów brak było wskazań medycznych do wykonania takiego badania; pacjenci ci byli natomiast diagnozowani i leczeni z powodu innych problemów medycznych, a ponadto jednemu z nich wykonano badanie EKG w trakcie hospitalizacji w 2012 r.

(dowód: akta kontroli, str. 155-169)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Informacje o stanie zdrowia zawarte w dokumentacji medycznej powinny rzetelnie opisywać faktyczną sytuację, w tym dotyczącą przeszłości zdrowotnej pacjenta, a stosownie do treści § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹ historia zdrowia i choroby pacjenta powinna zawierać w szczególności informacje o: 1/ przebytych chorobach, 2/ chorobach przewlekłych, 3/ pobytach w szpitalu, 4/ zabiegach lub operacjach, 5/ szczepieniach i stosowanych surowicach, 6/ uczuleniach, 7/ obciążeniach dziedzicznych. Ponadto dobro pacjenta wymaga dokładnego zapisu danych z wywiadu i badania pacjenta – także w przypadku braku odchyień od normy. Tymczasem w analizowanych 62 kartach historii zdrowia i choroby pacjentów w przedziale wieku 45-55 (9,5% kart)¹², którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ w SPZOZ przed 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu lub listopadzie odpowiednio 2014 r. i 2015 r., nie zamieszczano istotnych informacji niezbędnych do oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy, takich jak wywiad rodzinny dotyczący obciążeń dziedzicznych (informację taką zamieszczono w 3,2% badanych kart). Również informacje o uczuleniach oraz o przebytych poważnych chorobach zamieszczono w mniej niż 13% zbadanych kart. Należy przy tym zwrócić uwagę, że brak informacji np. o pobytach w szpitalu i zabiegach operacyjnych, czy o uczuleniach nie jest jednoznaczny z niewystępowaniem takich zdarzeń.

(dowód: akta kontroli, str. 141-148)

Kierownik NZOZ wyjaśnił: (...) Nie odnotowane wpisy w 62 kartach pacjentów (...) wynikają z braku stwierdzenia u poddanych kontroli 62 pacjentów problemów zdrowotnych czy przeprowadzonych form terapii, wyszczególnionych w paragrafie 42 ust. 3 rozporządzenia (...). Dodał także: Zakład nasz realizuje świadczenia z zakresu POZ od roku 1999. Od tego czasu obserwujemy nakładanie na nas narastających z roku na rok wymogów biurokratycznych i sprawozdawczych ze strony takich instytucji jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Marszałkowski. Zauważyliśmy, że narastające obowiązki biurokratyczne i sprawozdawcze wywołują konflikt etyczny w zakresie podziału czasu i uwagi pomiędzy pacjenta a czynności administracyjne (...).

(dowód: akta kontroli, str. 142-145)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż SPZOZ udzielając świadczeń w podstawowej opiece lekarskiej prawidłowo realizował obowiązki w zakresie prewencji chorób kardiologicznych i chorób układu krążenia, o czym świadczy wysoki odsetek pacjentów, którym wykonywano badania diagnostyczne, w tym m.in. badanie poziomu cholesterolu i EKG oraz wykonywano

¹⁰ Pacjenci ci w latach 2012-2015 odbyli odpowiednio: 14, 17, 18, 22 i 29 wizyt u lekarza POZ.

¹¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

¹² 62 z 654 kart pacjentów spełniających kryteria wyboru.

pomiar ciśnienia tętniczego. W ocenie NIK niewystarczający był natomiast sposób dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów podejmowanych działań profilaktycznych w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych.

V. 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 Kontroli*¹³, wnosi o podjęcie działań organizacyjnych zapewniających prowadzenie dokumentacji medycznej przez lekarzy POZ w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami.

IV. 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 Opolu.

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 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Opole, dnia 30 sierpnia 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontroler:
Krzysztof Rajczyk
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

¹³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz z 2016 r., poz. 677; dalej: ustawa o *NIK*.