

LWR-4101-025-03/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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 we Wrocławiu
Kontroler	Maria Ossowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89841 z dnia 16 września 2014 r. <i>[dowód: akta kontroli str. 1-2]</i>
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Zabobrze” spółka cywilna w Jeleniej Górze ul. Ogińskiego 1b, 58-506 Jelenia Góra (dalej: „Przychodnia” lub „Świadczeniodawca”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Magdalena Makiela-Wychota – kierownik Przychodni. <i>[dowód: akta kontroli str. 3-9]</i>

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Przychodni w zakresie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), z uwzględnieniem profilaktyki i edukacji prozdrowotnej w latach 2012-2014 (I półrocze).

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Pozytywnie oceniono w szczególności: **[1]** zasoby kadrowe, sprzętowe, bazę lokalową oraz wyposażenie Przychodni dla wykonywania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i sposób zorganizowania POZ; **[2]** współdziałanie podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ; **[3]** dostępność badań diagnostycznych; **[4]** sposób przechowywania dokumentacji medycznej dotyczącej kontrolowanego zakresu.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: **[1]** prowadzenia dokumentacji medycznej (kart historii zdrowia i choroby) z naruszeniem wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² (dalej: rozporządzenie MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.), **[2]** nierzetelne ewidencjonowanie dla poszczególnych lekarzy POZ deklaracji ich wyboru przez świadczeniobiorców, a w konsekwencji ograniczoną dostępność pacjentów do wybranych lekarzy, **[3]** niepełnego wykonywania i nieodnotowywanie w kartach pacjenta (historii zdrowia i choroby) świadczeń obejmujących profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja Świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

1.1. Działalność Świadczeniodawcy była prowadzona w formie Spółki Prawa Cywilnego założonej w dniu 1 lipca 2000 r. Od 25 marca 2012 r. współnikami Spółki jest pięć osób fizycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 3 - 9]

1.2. Przychodnia była wpisana do rejestru podmiotu wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego - numer księgi

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

² Dz. U. z 2014 r. poz. 177.

rejestrowej 000000001349. Zakres świadczonych usług medycznych, wpisany w księdze rejestrowej, obok wykonywanej przez Przychodnię działalności z zakresu medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, świadczeń pielęgnarskich POZ oraz świadczenia położnej POZ, obejmował także świadczenia z zakresu medycyny pracy, których Przychodnia nie wykonywała.

[Dowód: akta kontroli str. 10-25, 26-39, 40-53]

Przychodnia posiadała Regulamin organizacyjny z dnia 2 kwietnia 2013 r. (wprowadzony w miejsce poprzedniego Regulaminu z 2 kwietnia 2012 r). Zawierał on m.in., udostępnioną również publicznie na tablicy ogłoszeń, „Organizację udzielanych świadczeń zdrowotnych”, w tym godziny wykonywania poszczególnych usług, sposób rejestracji pacjentów, wizyty domowe, przyjęcia w stanach zagrożenia życia, dostęp do badań diagnostycznych. Podobnie, jak w księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Dolnośląskiego, w Regulaminie wskazano wykonywanie świadczeń z zakresu medycyny pracy.

[Dowód: akta kontroli str. 54-57, 58-63, 64]

1.3. Świadczeniodawca legitymował się certyfikatem jakości ISO EN ISO 9001:2008 od dnia 12 czerwca 2012 r. Certyfikat ten nie zawierał elementów odnoszących się bezpośrednio do świadczeń i dostępu do badań diagnostycznych, odsyłając w tym zakresie do Regulaminu Przychodni.

[Dowód: akta kontroli str. 65 - 87]

1.4. Ustalono, że godziny świadczenia usług POZ wg. informacji zawartej w księdze przyjęć pacjentów, odpowiadały harmonogramom czasu pracy stanowiących załączniki do umowy z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej DOW NFZ) o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ. Świadczenia POZ udzielane były od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 18:00.

[Dowód: akta kontroli str. 88]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezgodności świadczeń medycznych wykonywanych przez Przychodnię, z zakresem świadczeń Przychodni określonym w księdze rejestrowej i Regulaminie organizacyjnym, w zakresie medycyny pracy. Kierownik Przychodni wyjaśniła, iż przytoczone rozbieżności wynikają z rezygnacji przez Przychodnię w 2013 r. wykonywania świadczeń z zakresu medycyny pracy.

Ocena częściowa

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

2. Zasoby kadrowe i sprzętowe świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

2.1. Przychodnia spełniała wymagania stawiane przez NFZ w zakresie bazy lokalowej, kadrowej, sprzętu i wyposażenia odnośnie świadczeń medycznych POZ.

W zakresie POZ w Przychodni funkcjonowało pięć gabinetów lekarskich internistycznych i trzy gabinety zabiegowe, w tym jeden służący również jako punkt szczepień. W Przychodni znajdowały się także udostępnione pacjentom pomieszczenia sanitarne i poczekalnie, co wyczerpywało warunki określone w pkt 3 V części załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³ (obowiązującego dla

³ Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.

świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r.) oraz rozporządzenia w tej samej sprawie z dnia 24 września 2013 r.⁴ (obowiązującego dla świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.). Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze w zakresie POZ odpowiadało zaś wymogom określonym w pkt 4 części V załączników do wymienionych rozporządzeń Ministra Zdrowia.

W wyniku oględzin wyposażenia Przychodni ustalono, że dla strzykawek, igieł do iniekcji i wenflonów oraz przechowywanych leków nie upłynął termin ich przydatności do użycia.

Spełniono także wymogi informacyjne określone w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów⁵.

Prawidłowy stan techniczny i sanitarny bazy lokalowej wskazywały także kontrole sanitarne przeprowadzane w badanym okresie przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Jeleniej Górze⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 89]

2.2. Dostęp niepełnosprawnym lub osobom z wózkami niemowlęcymi do pomieszczeń budynku Przychodni był zabezpieczony poprzez trzy podjazdy, do wejścia głównego oraz wejść do poradni dla dzieci chorych i poradni dla dzieci zdrowych. Osobom niepełnosprawnym i z wózkami dla dzieci komunikację pomiędzy kondygnacjami wewnątrz budynku Przychodni (na których zlokalizowane były gabinety lekarskie POZ) zapewniała natomiast winda dostosowana do potrzeb tych osób.

2.3. Zasoby kadrowe Świadczeniodawcy były zgodne z umowami z NFZ, w których wymogi w tym względzie określono w załącznikach: „Harmonogram zasoby”.

[Dowód: akta kontroli str. 90, 91, 92-94]

Według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r. oraz w 2013 r. w Przychodni było zatrudnionych 13 lekarzy, a w połowie 2014 r. - 14 lekarzy (w przeliczeniu na etaty odpowiednio 9,56; 8,91 oraz 9,67), w tym:

- lekarzy medycyny rodzinnej w liczbie osób i etatów odpowiednio: trzy osoby (1,89 etatu), cztery (2,85) oraz cztery (3,03); ich udział w całości zatrudnionych lekarzy wynosił odpowiednio: 23,08% (19,77%), 30,77% (31,99%) oraz 28,57% (31,33%),
- lekarzy chorób wewnętrznych w liczbie osób i etatów odpowiednio: pięć osób (3,55 etatu), cztery (2,13) oraz cztery (2,66); ich udział w całości zatrudnionych lekarzy wynosił odpowiednio: 38,46% (37,14%), 30,77% (23,91%) oraz 28,57% (27,51%),
- lekarzy pediatrów w liczbie osób i etatów odpowiednio: trzy osoby (2,96), trzy (2,93) oraz cztery (2,98); ich udział w całości zatrudnionych lekarzy wynosił odpowiednio: 23,08% (30,96%), 23,08% (32,88%) oraz 28,57% (30,82%),
- jednego lekarza patomorfologa z siedmioletnim stażem pracy w Przychodni w wymiarze etatu odpowiednio: 1, 0,92 i 0,92; jego udział w całości zatrudnionych lekarzy wynosił odpowiednio: 7,69% (10,46%), 7,69% (10,33%) oraz 7,14% (9,51%),
- jednego lekarza z trzyletnim stażem pracy w Przychodni, będącego w toku specjalizacji pediatrii w wymiarze etatu odpowiednio: 0,16, 0,08 i 0,08; jego

⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 1248 ze zm.

⁵ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

⁶ Kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Jeleniej Górze w dniu 23 października 2012 r. i 4 października 2013 r.

udział w całości zatrudnionych lekarzy wynosił odpowiednio: 7,69% (1,67%), 7,69% (0,90%) oraz 7,14% (0,83%).

[Dowód: akta kontroli str. 95]

2.4. W latach 2012-2013 w Przychodni ewidencjonowano od 19,4 tys. do 19,7 tys. deklaracji wyboru lekarza POZ przez świadczeniobiorców. Według tej ewidencji, w wymienionym okresie, czterech lekarzy obejmowało opieką od 2.834 do 5 790 pacjentów. Stosownie natomiast do § 13 zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (zwane dalej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 85/2011) – maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza nie powinna przekroczyć 2750 osób. W wyjaśnieniach udzielonych w tej sprawie, Kierownik Przychodni wskazała, że pacjenci w tym okresie byli przyjmowani w Przychodni równomiernie przez cały personel lekarski, czyli bez uwzględniania deklaracji wyboru lekarza. W 2014 r. - według stanu ze stycznia zaewidencjonowano 19 112 deklaracji wyboru lekarza przez pacjenta, a według stanu z czerwca – 19 047 takich deklaracji. Przekroczenia powołanego wyżej limitu obejmowania opieką świadczeniobiorców przez jednego lekarza w czerwcu 2014 r. zmniejszyły się, w porównaniu do stanu z lat poprzednich, o nie więcej niż pięć osób na jednego lekarza.

[Dowód: akta kontroli str. 96-97]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zaewidencjonowana w Przychodni liczba deklaracji wyboru czterech lekarzy POZ przez świadczeniobiorców, w latach 2012-2013, znacząco wyższa od limitu określonego w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 85/2011 (co przedstawiono w pkt 2.4. niniejszego wystąpienia), świadczy o niestosowaniu przez Przychodnię zasad określonych w tym zakresie przez Prezesa NFZ. Zwrócić przy tym należy uwagę, iż nie podjęto w tych latach działań wyjaśniających i porządkujących, co w przypadku uzasadnionym interesem świadczeniobiorców umożliwiłoby wnioskowanie do Dyrektora Oddziału NFZ o zastosowanie odstępstw od powołanego limitu. Istniejący natomiast stan skutkował, jak przyznała Kierownik Przychodni w złożonych wyjaśnieniach, przyjmowaniem w latach 2012-2014 pacjentów nie według złożonych deklaracji wyboru lekarza, a równomiernie przez cały personel lekarski Przychodni. Tym samym, w ocenie NIK, dostępność do usług zdrowotnych na zasadach określonych w art. 28 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz wynikających z umów z NFZ, była ograniczona (zapewniano dostępność do świadczeń lekarza POZ dla populacji objętej opieką, choć nie zawsze do wybranego lekarza).
2. Stosownie do wyjaśnień Kierownika Przychodni w latach 2012-2013 Przychodnia nierzetelnie ewidencjonowała dla poszczególnych lekarzy POZ deklaracje wyboru lekarzy przez pacjentów. Tym samym przytoczona w pkt 2.4. liczby wyboru przez pacjentów poszczególnych lekarzy, nie odzwierciedlała stanu faktycznego. Błędy w prowadzeniu ewidencji deklaracji zostały wykryte w grudniu 2013 r. przez DOW NFZ. W wyniku czego, na początku 2014 r. rozpoczęto porządkowanie tej ewidencji. Poinformowano też pacjentów o potrzebie złożenia nowych deklaracji.

Ocena częściowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ

3.1. Umowy Świadczeniodawcy z DOW NFZ dotyczyły świadczeń lekarza POZ, świadczeń pielęgniarki POZ, świadczeń położnej POZ⁷. Świadczeniodawca w ramach prowadzonej Przychodni zapewniał świadczeniobiorcom dostęp do usług medycznych, pielęgniarki i położnej. Deklaracje wyboru pielęgniarki i położnej środowiskowej POZ, złożone przez 30 wytypowanych do zbadania świadczeniobiorców wskazywały, że w 30 przypadkach zadeklarowano wybór pielęgniarki i w 15 przypadkach (dotyczących kobiet) – wyboru położnej, w odniesieniu do osób, które były zatrudnione u podwykonawcy Przychodni. W składanych deklaracjach wyboru pielęgniarek i położnej wskazano ich lokalizację.

3.2. Kierownik Przychodni wyjaśniła, że pielęgniarka i położna zobowiązane były do wykonywania zleceń lekarskich zawartych w dokumentacji medycznej. Pielęgniarka i położna POZ miały prawo do uzyskania od lekarza POZ informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, planowanych oraz wdrożonych metodach leczenia i postępowania diagnostycznego w zakresie koniecznym do udzielania świadczeń pielęgniarki i położnej. Pielęgniarka i położna POZ miały prawo domagać się uzasadnienia zlecenia. Pielęgniarka i położna POZ w wyjątkowych sytuacjach miała prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego. Odmowa musiała być przedstawiona w formie pisemnej. Pielęgniarka i położna POZ były zobowiązane do umieszczania zapisów w dokumentacji medycznej pacjenta. Pielęgniarka i położna POZ były zobowiązane do powiadomienia lekarza o wynikach udzielonych świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 99, 158, 159-185, 186-230, 231-274, 275-300]

3.3. W okresie objętym kontrolą, tj. od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r., Przychodnia realizowała świadczenia opieki zdrowotnej – profilaktyczne programy zdrowotne w wyniku umów zawartych z DOW NFZ w dniu 19 stycznia 2012 r. oraz w dniu 18 stycznia 2013 r. Programy te obejmowały profilaktykę chorób układu krążenia i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, a także wykonywanie szczepień ochronnych.

[Dowód: akta kontroli str. 100]

Kierownik Przychodni wyjaśniła, że w ramach zdrowotnych programów profilaktycznych POZ lekarz realizujący program:

- kwalifikował pacjenta do programu,
- przeprowadzał wywiad i wypełniał ankietę dedykowaną dla programu,
- przeprowadzał badanie fizykalne,
- zlecał przewidziane programem badania diagnostyczne,
- oceniał wyniki badań diagnostycznych i badania fizykalnego,
- podsumowywał wynik badania profilaktycznego, kwalifikował pacjentów do grup ryzyka,
- w przypadkach koniecznych lekarz zalecał leczenie i ustalał wraz z pacjentem zasady dalszego postępowania,
- przeprowadzał edukację mającą na celu zmniejszenie lub eliminację czynników ryzyka,
- wprowadzał wyniki badania profilaktycznego do dokumentacji medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 102]

3.4. Przychodnia przekazywała do Urzędu Miasta Jelenia Góra zestawienia aktualnie realizowanych programów profilaktyki (szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy - dziewczynki w wieku 12 lat, szczepienia przeciw pneumokokom dzieci w wieku 2 lat).

[Dowód: akta kontroli str. 104]

3.5. Przychodnia nie miała ustanowionych zasad współpracy z placówkami opieki społecznej. Kierownik Przychodni wyjaśniła, iż w przypadku stwierdzenia przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ zagrożeń środowiska społecznego, Kierownik Przychodni

⁷ Umowa Nr 01/5/3402321/01/2012/01 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ z 19 stycznia 2012 r. oraz umowa w tej samej 0113/3402321/01/2013/01 z 11 stycznia 2013 r. ze zm.

telefonicznie powiadamiała pracownika Opieki Społecznej, odpowiedniego dla rejonu zamieszkania pacjenta. Sposób postępowania ustalany był indywidualnie.

[Dowód: akta kontroli str. 105]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w POZ.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

4.1. Dokumentacja medyczna POZ, zarówno zbiorcza, w formie ksiąg przyjęć, jak i indywidualna w formie historii zdrowia i choroby, prowadzona była w Przychodni w systemie elektronicznym, z wykorzystaniem specjalistycznego oprogramowania.

4.2. Księgi przyjęć zawierały wypełnione pozycje, stosownie do wymagań § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., tzn.:

- oznaczenie Przychodni w zakresie wymaganym § 10 ust. 1 pkt 1 powołanego rozporządzenia,
- numer kolejny wpisu,
- datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta,
- imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta,
- oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, ze wskazaniem informacji określonych w § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d tego rozporządzenia,
- rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego,
- imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu.

[Dowód: akta kontroli str. 106-107, 108-118, 119-121, 122-141, 142-144, 145-149]

4.3. W trakcie kontroli zbadano indywidualną dokumentację medyczną, tj. karty historii zdrowia i choroby prowadzonej przez trzech lekarzy⁸ POZ dla 30 pacjentów wybranych w doborze celowym⁹, w tym: piętnastu kobiet (50%) i piętnastu mężczyzn (50%).

W objętej badaniem dokumentacji we wszystkich przypadkach przedstawiono opis badania podmiotowego zawierający wywiad uzupełniający przeprowadzony przez lekarzy. Odnotowano rozpoznania choroby z podaniem kodu ICD-10. W części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów w objętych kontrolą kartach zamieszczono informacje w zakresie dotyczącym:

- przebytych poważnych chorób lub ich nie występowaniu - w 27 przypadkach (90% badanych kart),
- chorób przewlekłych - również w 27 przypadkach (90% kontrolowanych kart),
- pobytów w szpitalu lub niekorzystaniu z takiej formy leczenia - w siedmiu, (23,3% badanych kart),
- zabiegów lub operacji - w trzech (10% badanych kart),
- szczepień ochronnych lub podanych surowic - w dziewięciu (30% badanych kart),
- uczuleń lub ich niewystępowaniu - w 27 (90% badanych kart),
- obciążeń dziedzicznych lub ich niewystępowaniu - w jednej karcie (3,3% kart objętych kontrolą).

⁸ Po dziesięć kart historii choroby prowadzonej przez każdego z tych lekarzy.

⁹ Do badania wybrano karty choroby pacjentów w wieku 45-55 lat, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2014 r.

Nadto w karcie choroby 21 pacjentów, co najmniej raz odnotowano wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (RR), a w kartach pozostałych dziewięciu pacjentów w czasie wizyt u lekarza POZ nie odnotowano wyniku pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. W karcie jednego pacjenta wskazano informacje o wzroście i masie jego ciała (BMI), a w pozostałych 29 kartach brakowało informacji w tym zakresie. W żadnej karcie nie przedstawiono wyników badania per rectum, ani informacji o odmowie pacjenta poddania się takiemu badaniu. W jednej karcie pacjentki (na 15 badanych) zamieszczono informację o zaleceniu badania cytologicznego, natomiast w żadnej karcie choroby pacjentek nie odnotowano wyniku badania gruczołu piersiowego lub instruktażu samobadania piersi.

Do dokumentacji medycznej pacjentów dołączane były wyniki zleconych badań, skierowania, karty konsultacji, wypisy szpitalne oraz wszelkie dokumenty dostarczone przez pacjenta, które w ocenie lekarza były istotne. Dokumenty te w systemie elektronicznym zapisywano w formie plików JPG i stanowiły załączniki do historii choroby. Każdy z plików był opisany w bazie danych, z uwzględnieniem daty dodania. Każdy wpis w dokumentacji medycznej opatrzony był oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Częstotliwość wizyt u lekarzy POZ pacjentów, których indywidualną dokumentację wyłoniono do kontroli NIK, w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. wahała się od trzech do 42 wizyt. Wszystkie wizyty były uzasadnione medycznie.

W dokumentacji medycznej pacjentów, których karty historii zdrowia i choroby zostały objęte kontrolą, odnotowano wybór przez pacjentów pielęgniarki, a przez kobiety, także położnej środowiskowej.

[Dowód: akta kontroli str. 150, 151, 152, 153]

4.4. Księgi przyjęć, podobnie jak karty historii choroby, przechowywano w systemie elektronicznym Przychodni. Dostęp do nich był zabezpieczony dwustopniowymi hasłami udostępnionymi uprawnionym pracownikom Przychodni. Serwerownia wyposażona była w drzwi przeciw włamaniom, a klucze do niej posiadały tylko upoważnione osoby. Do komputerów miały fizyczny dostęp tylko uprawnieni pracownicy, bowiem wszystkie pomieszczenia z komputerami były zamykane na klucz, jeśli nikt w nich nie przebywał. Serwer z danymi medycznymi był wyposażony w cztery dyski. Dane medyczne były backupowane codziennie i przechowywane w urządzeniu służącym do archiwizacji, które znajdowało się w innym pomieszczeniu niż serwerownia. Poprawność archiwizowania danych była sprawdzana codziennie. Przychodnia wyposażona była w centralny UPS, który dostarczał zasilanie podczas braku dostaw prądu.

Kierownik Przychodni wyjaśniła, iż Przychodnia jest przygotowana technicznie do pełnego wdrożenia systemu informacji w ochronie zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁰, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.

[Dowód: akta kontroli str. 106 – 107, 108- 118, 119 - 121, 122-141, 142-144, 145-149]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W wybranej do kontroli NIK indywidualnej dokumentacji medycznej 30 pacjentów POZ nie odnotowano pełnych informacji dotyczących ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów. W trzech kartach nie wskazano informacji o przebytych poważnych chorobach lub ich braku, a nadto o chorobach przewlekłych, w 23 kartach o pobytach w szpitalu lub nieskorzystaniu z takiej formy leczenia,

¹⁰ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

w 27 kartach informacji o zabiegach lub operacjach, w 21 - o szczepieniach ochronnych lub podanych surowicach, w trzech o uczuleniach lub ich niewystępowaniu, a w 29 kartach nie wskazano informacji o obciążeniach dziedzicznych lub ich braku. Braki we wpisach, stwierdzone w trakcie analizy wybranej do kontroli NIK indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów POZ, świadczą o naruszeniu przepisów zawartych w § 42 ust. 3 i 4 rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.

2. Niewykonywanie i nieodnotowywanie w kartach pacjenta świadczeń obejmujących profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych, określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹. W poddanej analizie indywidualnej dokumentacji medycznej z wyjątkiem zalecenia jednej z pacjentek wykonania badania cytologicznego nie było innych zapisów świadczących o wykonaniu badania per rectum lub odmowie poddania się takiemu badaniu oraz o badaniu gruczołu piersiowego lub instruktazu samobadania piersi. Nadto, na 30 zbadanych kart choroby pacjentów tylko w jednym przypadku odnotowano pomiaru wzrostu i masy ciała (BMI). W kartach dziewięciu pacjentów nie było również informacji o wyniku pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Ocena częściowa

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

5. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Opis stanu faktycznego

5.1. Zgodnie z informacją umieszczoną na tablicy informacyjnej w miejscu udzielania świadczeń, pacjenci mogli rejestrować się na wizytę osobiście lub telefonicznie. W stanach nagłych i ostrych zachorowań porada była realizowana przez lekarzy POZ w dniu zgłoszenia, a w przypadkach stabilnych w terminie uzgodnionych z pacjentem.

Rejestracja pacjentów odbywała się osobiście lub telefonicznie. W przypadku konieczności przedłużenia recepty, pacjenci rejestrowani byli przynajmniej raz na trzy miesiące na dodatkową wizytę lekarską w celu oceny stanu zdrowia i podjęcia decyzji dotyczącej zasadności, potrzeby lub zmiany leczenia przewlekłego.

[Dowód: akta kontroli str. 154]

5.2. Badania diagnostyczne wykonywane były przez podmioty zewnętrzne na podstawie umów z podwykonawcą na wykonywanie badań laboratoryjnych (umowa z 1 października 2011 r.) oraz z innym podwykonawcą na wykonywanie badań diagnostycznych – obrazowych RTG (umowa z dnia 1 września 2010 r.), a także USG (umowa z dnia 1 stycznia 2008 r.)

Łączny koszt badań diagnostycznych w obu półroczach 2013 r. i w I półroczu 2014 r. wyniósł odpowiednio: 111,6 tys. zł; 124,9 tys. zł oraz 153,8 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 155]

5.4. Procedura pobierania krwi żyłnej do badań była dostępna w zestawie procedur pielęgniarskich w gabinecie zabiegowym. Kierownik Przychodni wyjaśniła, że wymienioną procedurę udostępniano pacjentom na żądanie. Badania zlecone w trakcie wizyty u lekarza POZ wykonywane były przez podwykonawcę, z wyjątkiem pilnego pomiaru stężenia glukozy we krwi za pomocą glukometru wykonywanego przez pracownika Przychodni. W Przychodni nie obowiązywały limity badań diagnostycznych. O konieczności zlecenia badań decydował lekarz.

[Dowód: akta kontroli str. 156-157]

¹¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Przychodni w badanym obszarze.

Opis stanu
faktycznego

6. Rozliczanie umów o świadczenia POZ

6.1. W okresie objętym kontrolą Przychodnia realizowała dwie umowy zawarte z DOW NFZ o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ: z 19 stycznia 2012 r.¹² (obowiązującą do końca 2012 r.) oraz umowę z 11 stycznia 2013 r.¹³ (obowiązującą do 31 grudnia 2014 r.). Szczegóły tych umów w trakcie ich realizacji były kilkakrotnie zmieniane w formie aneksów.

[Dowód: akta kontroli str. 158, 159-185, 186-230, 231-274, 275-300]

6.2. Wyżej wymienione umowy były realizowane z udziałem dwóch podwykonawców wskazanych w pkt. 5.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego oraz kolejnego podwykonawcy świadczącego usługi transportu medycznego.

6.3. Przychodnia przedkładała DOW NFZ miesięczne rozliczenia świadczeń POZ. Sporządzano je na podstawie zweryfikowanych przez DOW NFZ informacji o liczbie deklaracji wyboru lekarza POZ, złożonych do Świadczeniodawcy. Analiza wystawionych rachunków wykazała, że w każdym przypadku ilość deklaracji stanowiących podstawę obliczenia należności wykazywanych na rachunku była zgodna z raportem wygenerowanym przez DOW NFZ, zaś stawki za usługi były zgodne z umową zawartą z DOW NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 302, 303, 304]

6.4. Na Przychodnię w badanym okresie nie nakładano kar umownych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

6.5. Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez NFZ, ani też przez Okręgową Izbę Lekarską, Naczelną Radę Lekarską, Wojewodę Dolnośląskiego, Konsultanta Krajowego, lub wojewódzkiego w określonej dziedzinie medycyny.

[Dowód: akta kontroli str. 301]

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Przychodni w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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*, wnosi o:

1. Doprowadzenie zapisów księgi rejestrowe prowadzonej przez Wojewodę i Regulaminu organizacyjnego Przychodni w zakresie określającym przedmiot świadczonych usług medycznych do zgodności ze stanem faktycznym.

¹² Umowa Nr 01/5/3402321/01/2012/01 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ.

¹³ Umowa Nr 0113/3402321/01/2013/01 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ.

2. Zapewnienie rzetelnej ewidencji wyboru poszczególnych lekarzy POZ przez świadczeniobiorców, a także umożliwienie pacjentom korzystania ze świadczeń wybranych przez nich lekarzy.
3. Zapewnienie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.
4. Podjęcie działań zapewniających pełne wykonywanie i odnotowywanie w historiach zdrowia i choroby pacjenta wszystkich świadczeń obejmujących profilaktyczne badania lekarskie, w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych.

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 we Wrocławiu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Wrocław, dnia 19 grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler
Maria Ossowska

Dyrektor