



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-025-05/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	Renata Połatajko, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89859 z dnia 16 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we Wrocławiu (dalej: SP ZOZ MSW, Świadczeniodawca), ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Lek. med. Zbigniew Mładzki – od dnia 23 października 2014 r. i nadal. Poprzednio, Renata Bryk – w okresie od dnia 12 maja 2014 r. do dnia 22 października 2014 r. oraz dr n. med. Violetta Plebanek-Sitko – od dnia 9 kwietnia 2008 r. do dnia 16 maja 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 445)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ realizację przez SP ZOZ MSW zadań w zakresie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r.

Formułując powyższą ocenę, Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła w szczególności pozytywną ocenę w zakresie zapewnienia dostępności podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) dla ok. 22-25 tys. osób, w tym we Wrocławiu, Wałbrzychu, Legnicy i Jeleniej Górze.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości polegały m.in. na:

[1] udzielaniu świadczeń POZ w okresie do lutego 2013 r. w czterech lokalizacjach, a po tym okresie w trzech lokalizacjach, które nie zostały zgłoszone do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz nie zostały wykazane we wnioskach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń POZ, złożonych do Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ),

[2] udzieleniu w dwóch przypadkach świadczeń POZ w lokalach, do użytkowania których nie posiadano tytułu prawnego, wymaganego przez DOW NFZ we wnioskach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń POZ,

[3] wykonywaniu w ograniczonym zakresie badań profilaktycznych, o których mowa w art. 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: *ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych*), mających na celu wczesne wykrywanie chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych,

[4] niezamieszczeniu w 2 399 przypadkach, tj. 98,2% zbadanych spraw, adresu miejsca zamieszkania pacjenta w księdze przyjęć pacjentów do lekarza POZ, co było niezgodne z § 44 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów

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

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (dalej: rozporządzenie MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.),

[5] udzielaniu świadczeń POZ z udziałem podwykonawców, którzy nie zostali wymienieni w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umów zawartych z DOW NFZ na lata 2012-2014 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, co było niezgodne z § 2 ust. 2 tych umów,

[6] rozliczaniu w latach 2012-2014 w ramach POZ, kosztów badań wykonywanych przez podwykonawców niewymienionych w „Wykazie podwykonawców” oraz w ramach POZ przy ul. Grabiszyńskiej we Wrocławiu, kosztów poniesionych tytułem udzielania świadczeń POZ w innych lokalizacjach.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na konieczność przygotowania się Świadczeniodawcy do dnia 31 lipca 2017 r. do spełniania wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia⁴ (dalej: ustawa o systemie informacji o ochronie zdrowia), w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i konieczność podjęcia działań w celu pozyskania środków na dostosowanie systemu informatycznego do wymogów ustawy, które oszacowano na kwotę ok. 2 mln zł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy

Opis stanu
faktycznego

SP ZOZ MSW uzyskał osobowość prawną w dniu 1 października 1998 r., tj. z chwilą wpisania do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Organem tworzącym SP ZOZ MSW jest Minister Spraw Wewnętrznych. W badanym okresie SP ZOZ MSW wykonywał działalność leczniczą w przedsiębiorstwach: Szpital MSW we Wrocławiu oraz Przychodnie MSW we Wrocławiu. Przedsiębiorstwo Przychodnie MSW we Wrocławiu stanowiły następujące jednostki organizacyjne: Przychodnia MSW we Wrocławiu, Przychodnia MSW w Wałbrzychu, Przychodnia MSW w Jeleniej Górze oraz Przychodnia MSW w Legnicy.

W Regulaminie organizacyjnym Świadczeniodawcy unormowano sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności ustalonej w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Wskazano, że świadczenia POZ obejmują profilaktykę, diagnostykę, leczenie i pielęgnację z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Zgodnie z § 24 Regulaminu organizacyjnego, świadczenia udzielane były bezpłatnie, częściowo odpłatnie lub całkowicie odpłatnie na zasadach określonych w przywołanej wyżej ustawie o działalności leczniczej, w odrębnych przepisach lub umowach zawartych z innymi podmiotami.

(dowód: akta kontroli str. 3-128)

SP ZOZ MSW wpisany został do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Województwa Dolnośląskiego pod numerem 000000018669. Zakres udzielanych świadczeń w ramach POZ obejmował leczenie w poradni lekarza POZ, świadczenia pielęgniarstwa POZ oraz świadczenia położnej POZ, przy czym był zgodny ze stanem faktycznym oraz statutem i Regulaminem organizacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 3-161)

Świadczeniodawca nie posiadał akredytacji, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶, ani też certyfikatów jakości właściwych dla branży medycznej.

³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

⁴ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

⁵ Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 424-425)

Badanie zapewniania dostępności do świadczeń lekarza w Poradni POZ przy ul. Grabiszyńskiej we Wrocławiu w styczniu oraz w czerwcu 2014 r. wykazało zgodność harmonogramu pracy z postanowieniami umów zawartych z NFZ oraz z zapisami części I ust. 2 pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ*⁷, co do ciągłości udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00.

(dowód: akta kontroli str. 162-229, 457-459)

Ustalone
nieprawidłowości

SP ZOZ MSW udzielał świadczeń POZ we Wrocławiu w okresie do lutego 2013 r. w czterech lokalizacjach, a po tym okresie w trzech lokalizacjach, które nie zostały zgłoszone do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przedmiotowe miejsca udzielania świadczeń POZ nie zostały wykazane we wnioskach o zawarcie umowy, złożonych do DOW NFZ, a następnie w zawartych umowach.

W dziale III księgi rejestrowej SP ZOZ MSW⁸ wpisano dane dotyczące tylko jednej⁹ z pięciu komórek organizacyjnych POZ Przychodni MSW we Wrocławiu, co stanowiło naruszenie zasad określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. *w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru*¹⁰. W rejestrze nie ujęto czterech¹¹ komórek organizacyjnych działających w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego poza jednostką organizacyjną. W konsekwencji w rejestrze nie odnotowano także daty zakończenia działalności jednej¹² z czterech nieobjętych nim komórek organizacyjnych.

Kierownik Sekcji Kadr, Szkolenia i Spraw Socjalnych wyjaśniła, że przyczyną braku dokonania wpisu do rejestru ww. miejsc udzielania świadczeń w zakresie POZ było nie podjęcie takiej decyzji przez dwóch poprzednich dyrektorów SP ZOZ MSW.

(dowód: akta kontroli str. 149-161, 432-439, 476, 587, 589, 673-690)

W regulaminie organizacyjnym SP ZOZ MSW nie doprecyzowano rzeczywistych miejsc udzielania świadczeń POZ. Według zapisów rozdziału 4 (struktura organizacyjna), świadczenia POZ przewidziane były w pięciu lokalizacjach, zaś według załącznika nr 3a do tego samego regulaminu organizacyjnego, już tylko w dwóch.

Kierownik Sekcji Kadr, Szkolenia i Spraw Socjalnych wyjaśniła, że rozbieżności w treści regulaminu organizacyjnego dotyczące wskazania miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych POZ wynikają wyłącznie z niedopatrzenia.

(dowód: akta kontroli str. 3-141, 587, 589)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Udzielanie świadczeń przez lekarzy POZ w innych miejscach udzielania świadczeń we Wrocławiu niż wskazane w umowach z NFZ, nie odbywało się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00. Przykładowo, w jednej z lokalizacji, lekarz przyjmował od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 14.00, w innej dwie godziny na dobę, a w jeszcze innej średnio pięć godz. tygodniowo. Tymczasem, zgodnie z zapisami części I ust. 2 pkt 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ*, zapewnienie dostępności do świadczeń lekarza POZ w wybranych dniach i godzinach w czasie krótszym było dopuszczalne w filiach Świadczeniodawcy, zgodnie z harmonogramem pracy filii, jeżeli Świadczeniodawca miał zapewnione udzielanie świadczeń gwarantowanych w innym miejscu będącym jednostką organizacyjną tego świadczeniodawcy na ww. zasadach.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248.

⁸ www.rpwdl.csioz.gov.pl nr 000000018669.

⁹ Przy ul. Grabiszyńskiej.

¹⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 325.

¹¹ Przy ul. Druckiego-Lubeckiego, ul. Olbińskiej, ul. Połbina, ul. Wierzbowej.

¹² Przy ul. Druckiego-Lubeckiego.

Kierownik Przychodni MSW we Wrocławiu wyjaśniła, że miejscem udzielania świadczeń dla pacjentów, którzy złożyli deklaracje do POZ przy SP ZOZ MSW jest Przychodnia MSW we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 35-39. Gabinety w pozostałych czterech lokalizacjach zostały utworzone dla pracowników (ewentualnie rodzin pracowników) konkretnych jednostek państwowych. Pracownicy, którzy złożyli deklarację do POZ Przychodni MSW we Wrocławiu zostali poinformowani ustnie o możliwości korzystania z gabinetu lekarza POZ w ww. jednostkach w określonych godzinach.

(dowód: akta kontroli str. 474-475, 476, 673-675, 676-690)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu faktycznego

Zasoby kadrowe świadczeniodawcy były zgodne z postanowieniami umów zawartych z DOW NFZ, załącznikiem Harmonogram zasoby. W badanym okresie, liczba lekarzy udzielających świadczeń POZ zmniejszyła się z 31 osób (według stanu na 30 czerwca 2012 r.) do 28 osób (według stanu na 30 czerwca 2014 r.), w tym we Wrocławiu z 12 do 10 osób. Kwalifikacje lekarzy POZ odpowiadały wymaganiom określonym w *ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych*. Dziewięciu lekarzy zatrudnionych w Przychodni we Wrocławiu (w tym siedmiu na umowę o pracę i dwóch na umowę zlecenie) posiadało specjalizację: medycyna rodzinna, pediatria, choroby wewnętrzne, zaś jedna osoba zatrudniona w ramach umowy kontraktowej pracowała pod nadzorem.

(dowód: akta kontroli str. 162-407, 408-415, 668-672)

Według stanu na dzień 30 czerwca 2014 r. świadczenia lekarza POZ we Wrocławiu udzielane były w gabinetach zlokalizowanych w czterech miejscach udzielania świadczeń. Przeprowadzone oględziny wykazały spełnianie wszystkich wymagań informacyjnych opisanych w § 11 załącznika do wymienionego wcześniej rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w POZ przy ul. Grabiszyńskiej oraz spełnienie tych wymagań w POZ przy ul. Olbińskiej w zakresie informacji o osobie udzielającej świadczeń z podaniem miejsca i czasu ich udzielania, o zasadach zapisu na wizyty, o prawach pacjenta oraz adresie i numerze telefonu Biura Rzecznika Praw Pacjenta, jak też o podmiotach udzielających świadczeń w nocy oraz w niedzielę i święta.

Oba miejsca dostępne były dla osób niepełnosprawnych oraz posiadały gabinety lekarskie, poczekalnię, pomieszczenia sanitarne i pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 449-451, 474-476)

Gabinety lekarza POZ zlokalizowane przy ul. Grabiszyńskiej oraz ul. Olbińskiej wyposażone były w sprzęt i aparaturę medyczną, zgodnie z wymaganiami opisanymi w części V pkt 3 i 4 załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, tj. w aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego, glukometry, kozetki lekarskie. W gabinetach zabiegowych w poradni dzieci chorych i zdrowych oraz w poradni dla dorosłych przy ul. Grabiszyńskiej dostępny był zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, zestaw przeciwwstrząsowy, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych oraz zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków. W gabinecie lekarza w poradni POZ przy ul. Olbińskiej dostępny był zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej. Zestaw przeciwwstrząsowy oraz zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków dostępny był w pomieszczeniu w budynku obok, w którym mieści się Szpital (przejście przez podwórze), wskazanym jako gabinet zabiegowy działający przy POZ przy ul. Olbińskiej. Przechowywane w gabinetach lekarskich lub zabiegowych leki i preparaty oraz igły, strzykawki i wenflony posiadały aktualne daty ważności.

(dowód: akta kontroli str. 449-451, 474-475)

W latach 2012-2014 (I półrocze) Państwowy Inspektor Sanitarny MSW na obszarze województwa dolnośląskiego, przeprowadził u Świadczeniodawcy dwie kontrole¹³ Poradni POZ przy ul. Ołbińskiej obejmujące stan sanitarno-higieniczny, epidemiologię, higienę środowiska i higienę pracy oraz cztery kontrole¹⁴ Poradni POZ przy ul. Grabiszyńskiej, które swoim zakresem obejmowały stan sanitarno-techniczny. W wyniku przeprowadzonych kontroli, Państwowy Inspektor Sanitarny MSW nakazał m.in. wyposażać: pracownię EKG oraz pomieszczenia laboratorium w podajniki na środki dezynfekcyjne do rąk, gabinet lekarski oraz sanitariaty dla pacjentów i personelu POZ w podajniki na ręczniki do rąk, zaś kozetki lekarskie w uchwyty na podkłady jednorazowe.

(dowód: akta kontroli str. 482-508)

Liczba deklaracji wyboru lekarza POZ zmniejszyła się z 25 756 w styczniu 2012 r., do 25 329 w czerwcu 2012 r., 24 728 w styczniu 2013 r., 24 207 w czerwcu 2013 r., 23 417 w styczniu 2014 r. i 21 993 w czerwcu 2014 r.

Według stanu na koniec czerwca 2014 r. do lekarza POZ złożonych było od jednej do 2 241 deklaracji, co było zgodne z limitem określonym w zarządzeniu Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju – POZ.

(dowód: akta kontroli str. 416-421, 653-655)

Największy udział w populacji świadczeniobiorców miała grupa w przedziale wiekowym 20-65 lat (70%-71%), zaś najmniejszy był udział grupy w przedziale wiekowym 0-6 lat (3%). Najczęściej ze świadczeń POZ korzystała grupa w przedziale wiekowym 20-65 lat (45%-49%).

(dowód: akta kontroli str. 440-444)

Ustalone
nieprawidłowości

Ogłędziny przeprowadzone w miejscu udzielania świadczeń POZ przy ul. Ołbińskiej wykazały brak wymagań informacyjnych opisanych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵, w zakresie trybu składania skarg i wniosków oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 474-475)

Udzielanie świadczeń POZ we Wrocławiu odbywało się w dwóch przypadkach w lokalach, do użytkowania których nie posiadano tytułu prawnego, wymaganego przez DOW NFZ we wnioskach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń POZ, przy czym miejsca udzielania tych świadczeń nie zostały zgłoszone do umowy z DOW NFZ.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy wyjaśniła, że decyzję w sprawie zakresu udzielania świadczeń i miejsc udzielania świadczeń podejmował były Dyrektor.

(dowód: akta kontroli str. 426-431, 593, 596-652)

Ocena częściowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Badanie 12 kart historii choroby pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza POZ we Wrocławiu w czerwcu 2014 r., byli w wieku 45-55 lat, złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. oraz najczęściej korzystali z porad w POZ wykazało, że w kartach historii choroby nie odnotowywano lokalizacji pielęgniarki i położnej POZ wskazanej w deklaracji wyboru.

¹³ W dniu 15 października 2012 r., 31 stycznia 2013 r. (sprawdzająca).

¹⁴ W dniu 25 czerwca 2012 r., 26 sierpnia 2013 r. (sprawdzająca), 19 września 2014 r. (sprawdzająca), 20 października 2014 r. (sprawdzająca).

¹⁵ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

Kierownik Przychodni wyjaśniła, że dotychczas wszyscy pacjenci wymagający opieki zadeklarowali się do pielęgniarki/położnej POZ w Przychodni MSW we Wrocławiu. W sytuacji, gdy pacjent wybierze pielęgniarkę/położną POZ w innej lokalizacji zostanie to odnotowane w karcie pacjenta, a lekarz nawiąże kontakt z pielęgniarką/położną wskazaną przez pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 453-456, 468, 473)

W zakresie realizacji postanowień art. 27 *ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ¹⁶ dotyczących profilaktyki i edukacji prozdrowotnej, realizowano Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Zadania z zakresu tego programu lekarze POZ realizowali w formie porad i terapii wspierającej indywidualnej. Promocja zdrowia realizowana była także w trakcie rutynowych wizyt w formie porad na temat zdrowego stylu życia oraz poprzez przekazywanie pacjentom ulotek i broszur.

Na badanej próbie dokumentacji 12 pacjentów stwierdzono, że pomiaru ciśnienia tętniczego krwi wykonano dziewięciu pacjentom, zaś pomiaru poziomu cukru we krwi ośmiu pacjentom. Na 135 wizyt ogółem, przedmiotowych pomiarów dokonano odpowiednio w 10 i 12 przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 462-467, 468-473)

W badanym okresie Przychodnia MSW we Wrocławiu nie przekazywała organom administracji samorządowej informacji o stanie zdrowia społeczności.

(dowód: akta kontroli str. 591)

Przychodnia MSW we Wrocławiu współpracowała w badanym okresie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej poprzez pielęgniarki POZ. Jak podała Kierownik Przychodni, współpraca polegała głównie na zapewnieniu profesjonalnej opieki pacjentom POZ we Wrocławiu, w szczególności osobom samotnym w trudnej sytuacji życiowej (umieszczenie w Domach Pomocy Społecznej, zapewnienie pomocy opiekuńczej dla osób przebywających w domu).

(dowód: akta kontroli str. 591)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym okresie w POZ we Wrocławiu w ograniczonym zakresie wykonywano badania profilaktyczne, o których mowa w art. 27 *ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych*, mających na celu wczesne wykrywanie chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych. Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej nie wykazało uczestnictwa lekarza POZ w realizacji programów zdrowotnych oraz w realizacji programów profilaktycznych. W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. w żadnej z 12 zbadanych kart historii zdrowia i choroby nie zamieszczono informacji o wykonaniu badania per rectum, a w żadnej z ośmiu kart historii zdrowia i choroby kobiet – badania gruczołu piersiowego, instruktażu samobadania piersi oraz informacji o wykonanych badaniach cytologicznych, tj. o badaniach profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania niektórych chorób nowotworowych. W trzech przypadkach nie było wpisu świadczącego o wykonaniu pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, a w czterech przypadkach nie wykonano badania poziomu cukru we krwi.

Lekarze wyjaśnili, że w związku z tym, że w Przychodni znajduje się Centrum Szybkiej Diagnostyki Chorób Piersi z Punktem Samobadania Piersi, pacjentki mają nieograniczony dostęp do profilaktyki chorób piersi, o czym są na bieżąco informowane. W trakcie wizyt lekarskich pacjent ma rutynowo wykonywany pomiar ciśnienia tętniczego oraz ocenia się pomiary dokonywane w domu przez pacjenta. Pacjenci z grupy ryzyka mają raz na 12 miesięcy wykonywane badania laboratoryjne, przy czym badanie zawsze dotyczy pomiaru lipidów, glukozy, morfologii i innych badań biochemicznych. Badanie per rectum wykonywane jest zawsze gdy pacjent zgłasza się z dolegliwościami lub podejrzeniem choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Większość pacjentów odmawia

¹⁶ Dz. U. Nr 214, poz. 1816.

wykonania badania w gabinecie lekarskim i prosi o skierowanie do specjalisty. W Przychodni jest pełna dostępność do poradni chirurgicznej dokąd pacjenci są na bieżąco kierowani. Skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej, tj. chirurgicznej, ginekologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej jest odnotowywane w dokumentacji pacjentów, przy czym wielu z nich nie wraca z informacją zwrotną.

(dowód: akta kontroli str. 453-456, 462-473)

Ocena cząstkowa

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

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Dokumentacja medyczna prowadzona była w formie papierowej, natomiast sprawozdawczość do NFZ z udzielanych świadczeń prowadzono w formie elektronicznej. Według stanu na dzień 1 grudnia 2014 r. Świadczeniodawca nie był jeszcze przygotowany do spełnienia wymagań wynikających z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w tym w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W ramach obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji, zakupiono i wdrożono System elektronicznej obsługi laboratorium, oferujący m.in. funkcjonalność przysyłania wyników badań oraz zleceń na badania drogą elektroniczną, zarówno do posiadanego systemu medycznego, jak i podmiotom zewnętrznym.

Zastępca Dyrektora podała, że w ramach dalszego dostosowywania systemu informatycznego do wymogów ustawy, planuje się stworzenie nowej sieci komputerowej, serwerowni oraz serwerowni zapasowej, zakup urządzenia sieciowego UTM, wymianę przestarzałych i uszkodzonych komputerów wraz z monitorami, zakup nowych komputerów wraz z monitorami (stworzenie nowych stanowisk pracy), rozszerzenie funkcjonalności programów używanych w szpitalu (integracja systemów), zakup urządzeń wielofunkcyjnych, zakup czytników kodów kreskowych, zakup macierzy dyskowych oraz zakup urządzenia do tworzenia kopii zapasowych. Koszt wdrożenia systemu oszacowano na kwotę 2 mln zł.

(dowód: akta kontroli str. 422-423, 457-459)

Księga przyjęć prowadzona była w formie papierowej. Stosownie do § 40 i § 44 rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r., POZ sporządzał i prowadził m.in.: dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby oraz dokumentację zbiorczą w formie księgi przyjęć.

Analiza 2 443 pozycji wpisów w księdze przyjęć pacjenta dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 r. wykazała, że we wszystkich przypadkach księga przyjęć zawierała: oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu, datę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko, numer PESEL, oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

(dowód: akta kontroli str. 457-459)

Badanie kart historii choroby przeprowadzone na próbie wszystkich dokumentacji 12 pacjentów (w tym osiem (66,7%) kobiet i czterech (33,3%) mężczyzn), którzy zgłosili się do lekarza POZ w czerwcu 2014 r., byli w wieku 45-55 lat, złożyli deklarację wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. oraz najczęściej korzystali z porad w POZ wykazała, że: w pięciu kartach (41,6%) odnotowano wywiad w zakresie przebytych poważnych chorób, w dziesięciu kartach (8%) odnotowano informacje o chorobach przewlekłych, w trzech kartach (3%) o pobytach w szpitalu, w jednej karcie (1%) o zabiegach chirurgicznych i w jednej karcie (1%) informacje o uczuleniach.

Informację o przeprowadzeniu badania podmiotowego oraz przedmiotowego odnotowano w siedmiu przypadkach (6%), informacje o zleconych badaniach, konsultacjach, zabiegach oraz opis wyników badań i konsultacji zleconych wcześniej odnotowano w ośmiu przypadkach (7%), informacje o przepisanych lekach odnotowano w dziewięciu przypadkach (8%), zaś o rozpoznaniu (kod ICD-10) w 10 przypadkach (8%).

(dowód: akta kontroli str. 454-456)

W okresie trzech kolejnych miesięcy 2014 r. (kwiecień, maj, czerwiec) jednorazowo przyjęto 1 569 osób w kwietniu, 1 515 osób w maju i 1 495 osób w czerwcu, do trzech razy w miesiącu przyjęto 385 osób w kwietniu, 418 osób w maju i 334 osób w czerwcu, ponad pięć wizyt w miesiącu odbyły trzy osoby w kwietniu i jedna osoba w maju. Najwyższa liczba wizyt jednej osoby w miesiącu wyniosła sześć wizyt w kwietniu i maju oraz pięć wizyt w czerwcu.

(dowód: akta kontroli str. 452)

Ustalone
nieprawidłowości

Analiza 2 443 pozycji wpisów w księgach dotyczących przyjęć pacjenta przez dwóch lekarzy POZ w styczniu i czerwcu 2014 r. wykazała, że w 2 399 przypadkach w księdze nie podano adresu miejsca zamieszkania pacjenta, co było niezgodne z treścią § 44 pkt 4 rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r. Przyczyną powyższego było podawanie adresów w przypadku pacjentów z obiegówkami

W dniu 8 stycznia 2014 r. godziny zgłoszenia się 41 pacjentów wpisano w godzinach od 8.00 do 14.00, podczas gdy lekarz pracował w godzinach popołudniowych.

Kierownik Przychodni wyjaśniła, że w dniu tym lekarz pełnił dyżur w godzinach od 12.00 do 18.00, zaś z powodu dużej liczby pacjentów (najwięcej osób rejestruje się w godz. 7.30-8.00) godziny przyjęć nie były wpisywane na bieżąco do księgi przyjęć lekarza, a pielęgniarka rejestrując pacjentów kierowała się schematem rozpisanych kolejno numerków i przyporządkowanych im godzinom. Godziny przyjęć zostały błędnie wprowadzone przez pielęgniarkę pracującą w rejestracji w późniejszych godzinach.

(dowód: akta kontroli str. 457-461)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność przygotowania do dnia 31 lipca 2017 r. Świadczeniodawcy do spełnienia wymagań wynikających z *ustawy o systemie informacji o ochronie zdrowia*, w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a w związku z powyższym konieczność podjęcia działań w celu pozyskania środków w kwocie ok. 2 mln zł na dostosowanie systemu informatycznego do wymogów ustawy.

Ocena częściowa

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

5. Dostępność świadczeń POZ i badań diagnostycznych

Opis stanu
faktycznego

Rejestracja do lekarza POZ we Wrocławiu odbywała się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego oraz za pośrednictwem osoby trzeciej. Termin wizyty w każdej z form rejestracji można było ustalić z wyprzedzeniem jednego miesiąca. Według stanu na 30 czerwca 2014 r. do lekarza POZ we Wrocławiu zadeklarowanych było 10 136 osób, zaś świadczeń z zakresu POZ udzielało 10 lekarzy zatrudnionych na 5,375 etatu.

Kontrola nie wykazała istotnych skarg w zakresie dostępności do lekarza POZ przy ul. Grabiszyńskiej we Wrocławiu.

(dowód: akta kontroli str. 409, 418, 446, 477-478, 734-742)

Badania diagnostyczne zlecane świadczeniobiorcom wykonywane były we własnym laboratorium diagnostycznym w Przychodni MSW przy ul. Grabiszyńskiej we Wrocławiu, laboratorium Szpitala MSW we Wrocławiu przy ul. Olbińskiej we Wrocławiu oraz w podmiocie obcym, który wykonywał badania w zakresie posiewów mikrobiologicznych i wymazów bakteriologicznych z gardła. Ponadto, kontrola wykazała korzystanie przez Świadczeniodawcę z usług innych pięciu podmiotów obcych m.in. w zakresie badań laboratoryjnych, badań USG i radiologicznych. Przykładowo, w II półroczu 2013 r. wykonano 160 badań mikrobiologicznych (w tym 66 w zakresie POZ we Wrocławiu) oraz 585 badań USG jamy brzusznej (w tym 323 w ramach POZ we Wrocławiu), zaś w I półroczu 2014 r. 153 badania mikrobiologiczne (w tym 69 w zakresie POZ we Wrocławiu) oraz 502 badania USG jamy brzusznej (w tym 295 w ramach POZ we Wrocławiu). Badań EKG w spoczynku wykonano 1299 w II półroczu 2013 r. (Wrocław – 666) oraz 1167 w I półroczu 2014 r. (Wrocław – 638).

W okresie 2012 r. – 2014 r. (I półrocze) koszty badań diagnostycznych wyniosły 2 498,4 tys. zł¹⁷, w tym 409,2 tys. zł¹⁸ koszty badań wykonanych przez podmioty zewnętrzne.

(dowód: akta kontroli str. 446, 479-481, 509-510, 511, 530-531, 555-586, 656-666, 692-718)

W Przychodni MSW we Wrocławiu materiał do badań laboratoryjnych zleczanych przez lekarzy POZ pobierano w laboratorium mieszczącym się w tej Przychodni, w laboratorium Szpitala MSW we Wrocławiu przy ul. Olbińskiej oraz przez pielęgniarkę POZ w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych stanem jego zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 446)

W Przychodni MSW we Wrocławiu ustalone zostały zasady kierowania na badania diagnostyczne. W badanym okresie w Przychodni nie było określonych limitów skierowań na badania diagnostyczne. Kierownik Przychodni wyjaśniła, że o ilości i rodzaju badań niezbędnych do ustalenia rozpoznania lub kontynuacji leczenia decyduje lekarz.

(dowód: akta kontroli str. 446-447, 479-481)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym okresie w SP ZOZ MSW udzielano świadczeń POZ we Wrocławiu z udziałem podwykonawców, którzy nie zostali wymienieni w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umów zawartych z DOW NFZ na lata 2012-2014 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, co było niezgodne z postanowieniami § 2 ust. 2 tych umów.

Kierownik Rejestru Usług Medycznych wyjaśniła, że podwykonawca wykonujący badania w zakresie posiewów mikrobiologicznych i wymazów bakteriologicznych z gardła, zgłoszony został do NFZ do umów w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, natomiast omyłkowo został pominięty do umowy POZ. W dniu 1 grudnia 2014 r. złożono stosowny wniosek do NFZ w celu aneksowania umowy w rodzaju POZ.

(dowód: akta kontroli str. 594, 511, 530-531, 692-718)

Ocena częściowa

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

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Ogłędziny Poradni POZ zlokalizowanej przy ul. Grabiszyńskiej oraz ul. Olbińskiej we Wrocławiu wykazały, że sposób przechowywania dokumentacji medycznej gwarantuje zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych.

(dowód: akta kontroli str. 449-451, 474-475)

Ocena częściowa

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

7. Rozliczanie umów o świadczenia POZ

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie, na udzielanie świadczeń w rodzaju POZ zawarto z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ we Wrocławiu umowę nr 01/5/3101293/01/2012/01 z dnia 4 stycznia 2012 r. określającą finansowanie świadczeń w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r., umowę nr 0113/3101293/01/2013/01 z dnia 7 stycznia 2013 r. określającą finansowanie świadczeń w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r., oraz umowę nr 0113/3101293/01/2014/01 z dnia 24 grudnia 2013 r. określającą finansowanie świadczeń w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. Wprowadzone do zawartych umów aneksy dotyczyły zmiany załącznika Harmonogram-zasoby, zmiany nazwy podmiotu umowy oraz zmiany okresu obowiązywania umowy.

Działalność prowadzona w zakresie POZ przynosiła straty, i tak: 76,7 tys. zł - w 2012 r., 23,0 tys. zł - w 2013 r. i 35,9 tys. zł - w I półroczu 2014 r. Osiągnięte przychody wyniosły 4.627,6 tys. zł w 2012 r., 4.399,4 tys. zł w 2013 r. i 2.077,3 tys. zł w I półroczu 2014 r., zaś koszty wyniosły: 4.704,3 tys. zł w 2012 r., 4.422,5 tys. zł w 2013 r. i 2.113,2 tys. zł

¹⁷ 1 007,0 tys. zł w 2012 r., 954,7 tys. zł w 2013 r. i 536,7 tys. zł w I półroczu 2014 r.

¹⁸ 149,2 tys. zł w 2012 r., 182,0 tys. zł w 2013 r. i 78,0 tys. zł w I półroczu 2014 r.

w I półroczu 2014 r., przy czym na koszty prowadzonej działalności składały się koszty bezpośrednie i koszty pośrednie.

(dowód: akta kontroli str. 162-407, 509)

W kontrolowanym okresie, na podstawie umów z podwykonawcą zabezpieczono świadczenia medyczne w zakresie posiewu moczu z antybiogenem, posiewu wymazu z gardła, Salmonelli oraz Shigella, które nie były wykonywane w zakresie własnym przez Świadczeniodawcę. Ponadto korzystano z usług podwykonawcy w zakresie badania ultrasonograficznego jamy brzusznej, które było również wykonywane we własnym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 691-718)

Liczba osób objętych opieką lekarza POZ zmniejszyła się z 25 756 osób według danych na koniec stycznia 2012 r. do 24 875 osób na koniec grudnia 2012 r., do 23 606 osób na koniec grudnia 2013 r. i do 21 993 osób na koniec czerwca 2014 r.

Rachunki wystawione przez Świadczeniodawcę na podstawie zweryfikowanej¹⁹ przez DOW NFZ liczby deklaracji wyboru lekarza POZ stanowiły kwotę 3 570,6 tys. zł w 2012 r., 3.416,7 tys. zł w 2013 r. i 261,4 tys. zł w I półroczu 2014 r.

Liczba osób objętych opieką pielęgniarki POZ zmniejszyła się z 26 791 osób według danych na koniec stycznia 2012 r. do 25 950 osób na koniec grudnia 2012 r., do 24 642 osób na koniec grudnia 2013 r. i do 23 291 osób na koniec czerwca 2014 r.

Rachunki wystawione przez Świadczeniodawcę na podstawie zweryfikowanej przez DOW NFZ liczby deklaracji wyboru pielęgniarki POZ stanowiły kwotę 854,9 tys. zł w 2012 r., 825,2 tys. zł w 2013 r. i 64,0 tys. zł w I półroczu 2014 r.

Liczba osób objętych opieką położnej POZ zmniejszyła się z 13 630 osób według danych na koniec stycznia 2012 r. do 13 287 osób na koniec grudnia 2012 r., do 12 769 osób na koniec grudnia 2013 r. i do 12 303 osób na koniec czerwca 2014 r.

Rachunki wystawione przez świadczeniodawcę na podstawie zweryfikowanej przez DOW NFZ liczby deklaracji wyboru położnej POZ stanowiły kwotę 182,5 tys. zł w 2012 r., 176,2 tys. zł w 2013 r. i 13,9 tys. zł w I półroczu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 416)

Na Świadczeniodawcę nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju POZ w okresie 2012 r. – I półrocze 2014 r. W zakresie tym Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ani też przez inne podmioty (Okręgową Izbę Lekarską, Naczelną Radę Lekarską, wojewodę, konsultanta krajowego, lub wojewódzkiego w określonej dziedzinie medycyny).

(dowód: akta kontroli str. 482-489, 653-655)

Nadzór merytoryczny nad świadczeniami lekarzy POZ ze strony świadczeniodawcy sprawowali kierownicy poszczególnych Przychodni.

(dowód: akta kontroli str. 3-128)

Ustalone
nieprawidłowości

W latach 2012-2014 SP ZOZ MSW rozliczał w ramach POZ we Wrocławiu koszty badań wykonywanych przez podwykonawców niewymienionych w „Wykazie podwykonawców” oraz w ramach POZ przy ul. Grabiszyńskiej we Wrocławiu, koszty poniesione tytułem udzielania świadczeń POZ w innych lokalizacjach. Koszty usług wykonanych przez podwykonawców wyniosły 409,2 tys. zł, zaś na wynagrodzenia lekarzy POZ udzielających świadczeń zdrowotnych w innych lokalizacjach niż wskazana w umowie z NFZ ul. Grabiszyńska wyniosły 336,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 432-439, 509-550, 667)

Ocena cząstkowa

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

IV. Uwagi i wnioski

¹⁹ Według stanu na dzień 30 października 2014 r.

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*²⁰ (dalej: *ustawa o NIK*), wnosi o:

1. Udzielanie świadczeń POZ wyłącznie w miejscach udzielania świadczeń zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania działalności profilaktycznej o której mowa w art. 27 ust. 1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych*, w celu wczesnego rozpoznania chorób oraz zapewnienie opisywania tych działań w kartach historii zdrowia i choroby pacjenta.
3. Zamieszczanie w księdze przyjęć pacjentów do lekarza POZ, adresu miejsca zamieszkania pacjenta, zgodnie z przepisem § 44 pkt 4 *rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2010 r.*.
4. Zlecanie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych wyłącznie podmiotom wymienionym w wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z DOW NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
5. Rozliczanie w ramach umów zawartych z DOW NFZ wyłącznie kosztów POZ poniesionych w miejscach wykonywania świadczeń wskazanych w umowach zawartych z DOW NFZ oraz kosztów badań diagnostycznych wykonywanych przez podwykonawców wykazanych w tych umowach.

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 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 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.

Wrocław, dnia 22 grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
Dyrektor

Kontroler:
Renata Połatajko
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.