



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-05/2014
P/14/063



03924614

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@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 w Białymstoku
Kontroler	Maciej Brzosko – inspektor k. p., upoważnienie do kontroli nr 91445 z 8 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „BARTEK” w Dąbrowie Białostockiej, ul. Hugona Kołłątaja 1, 16-200 Dąbrowa Białostocka (dalej: „Świadczeniodawca” lub „NZOZ”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Stanisław Bernatowicz (właściciel)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ realizację przez Świadczeniodawcę świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) oraz prowadzenie edukacji prozdrowotnej.

Na powyższą ocenę wpływ miało przede wszystkim udzielanie świadczeń POZ zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia – Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (dalej: „POW NFZ”), posiadanie przez Świadczeniodawcę odpowiednich kwalifikacji i niezbędnego sprzętu medycznego, spełnienie wymogów informacyjnych wobec świadczeniobiorców, a także prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej i właściwe rozliczanie umów zawartych z POW NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na prawidłowość wykonywania przez Świadczeniodawcę świadczeń POZ. Dotyczyły one:

- niedostosowania przez Świadczeniodawcę treści regulaminu porządkowego (przyjętego na podstawie art. 18a ustawy z dnia 30 sierpnia 1994 r. o zakładach opieki zdrowotnej² do wymogów art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³,
- niezamieszczenia w księdze przyjęć pacjentów lekarza POZ godziny zgłoszenia się pacjenta, co było niezgodne z treścią § 44 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴ (dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”),
- niewykazania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej jako jednego z podwykonawców w wykazie stanowiącym załącznik do umowy zawartej z POW NFZ, co było niezgodne § 2 ust. 2 tej umowy.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (dalej: „ustawa o świadczeniach”), świadczenia lekarza POZ obejmują wykonywanie badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych. Zbadana próba 10 kart historii zdrowia i choroby wykazała, że dokumentacja ta nie zawierała wpisów, potwierdzających wykonanie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.

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

² Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm. – ustawa uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy POZ

Opis stanu
faktycznego

1.1. NZOZ rozpoczął działalność leczniczą 1 stycznia 2005 r. Od 1 lipca 2011 r. funkcjonuje na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Świadczeniodawca 17 grudnia 2004 r. został wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, pod nr 000000019401. (dowód: akta kontroli str. 3-17)

1.2. Na dzień 10 października 2014 r. wpis do księgi rejestrowej był aktualny i zgodny ze stanem faktycznym. Ostatnia zmiana (z 11 sierpnia 2014 r.) polegała na dodaniu informacji o aktualnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej (Rubryka 21 księgi). (dowód: akta kontroli str. 3-17)

1.3. Faktyczny zakres udzielanych świadczeń obejmował leczenie w poradni lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ oraz świadczenia położnej POZ. Był on zgodny ze statutem i Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. (dowód: akta kontroli str. 3-17, 22-26)

1.4. Na dzień rozpoczęcia kontroli (10 września 2014 r.) w NZOZ obowiązywał regulamin porządkowy z 14 sierpnia 2008 r. Regulował on m.in. zasady i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych komórek, warunki współdziałania z innymi podmiotami, prawa i obowiązki pacjentów oraz zasady udostępniania dokumentacji medycznej (prawidłowość regulaminu szerzej przedstawiono w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”). (dowód: akta kontroli str. 27-37)

1.5. Świadczeniodawca nie posiadał certyfikatu jakości. Zgodnie z wpisem w księdze rejestrowej, Świadczeniodawca posiadał akredytację do prowadzenia stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalistycznego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶. (dowód: akta kontroli str. 9-17, 184)

1.6. Godziny przyjęć Świadczeniodawcy zamieszczone na tablicy informacyjnej były zgodne z harmonogramem pracy zgłoszonym do POW NFZ. Świadczenia POZ udzielane były od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 18:00 (wg. harmonogramu pracy od 14:00 do 16:00 odbywały się wizyty domowe). (dowód: akta kontroli str. 38-39)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niedostosowaniu przez Świadczeniodawcę treści regulaminu porządkowego (przyjętego na podstawie art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) do wymogów art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W regulaminie porządkowym nie określono celów podmiotu, nie wskazano miejsca udzielania świadczeń (a jedynie siedzibę NZOZ z nieaktualnym adresem), nie wskazano wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷ (dalej: „ustawa o prawach pacjenta i RPP”), nie określono organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz nie wskazano wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być – zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi – udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Termin dostosowania działalności podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (w tym ustanowienie regulaminu organizacyjnego) do wymogów ww. ustawy, zgodnie z art. 208 ust. 2, upłynął 31 grudnia 2012 r.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości był Właściciel NZOZ, który wyjaśnił, że powyższe było wynikiem nieuwagi i niewiedzy o zmianie przepisów. (dowód: akta kontroli str. 27-37, 177-179)

⁶ Dz. U. z 2014 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości organizację Świadczeniodawcy POZ.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasoby Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, tj. pomieszczenia, dostępność i kwalifikacje lekarza POZ oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny były zgodne z umową zawartą z POW NFZ, częścią V ust. 3 i 4 załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸ (dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń POZ”) oraz Zarządzeniem 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: podstawowa opieka zdrowotna⁹ (dalej: „Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ”). Sprzęt medyczny był kompletny, posiadał stosowne certyfikaty, zaś leki i preparaty oraz igły, strzykawki i wenflony posiadały aktualne daty ważności. (dowód: akta kontroli str. 55-63)

2.2. W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sokółce¹⁰ (dalej: „PPIS”), przeprowadził u Świadczeniodawcy trzy kontrole, które swoim zakresem obejmowały spełnienie wymagań sanitarno-higienicznych, ocenę szczepień ochronnych oraz ocenę przestrzegania procedur dotyczących zapobiegania powstawaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Z kolei 21 września 2012 r. PPIS przeprowadził w NZOZ wizytację w zakresie diagnozy przedsięwzięć prozdrowotnych. Przeprowadzone kontrole i wizytacje PPIS nie wykazały nieprawidłowości. (dowód: akta kontroli str. 40-54)

2.3. Świadczeniodawca zapewnił osobom niepełnosprawnym dostęp do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Budynek posiadał podjazd dostosowany do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zaś frontowe drzwi były pozbawione progów lub innych barier architektonicznych. Także pomieszczenie sanitarne było przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. (dowód: akta kontroli str. 55-61)

2.4. Świadczeniodawca spełniał wymagania informacyjne opisane w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹ (dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”). Poinformował bowiem świadczeniobiorców m.in. o osobach udzielających świadczeń z podaniem miejsca i czasu ich udzielania, o zasadach zapisu na wizyty, o trybie składania skarg i wniosków, o prawach pacjenta, o podmiotach udzielających świadczeń w nocy oraz w niedzielę i święta, numerach telefonów ratownictwa medycznego oraz o osobach uprawnionych do świadczeń poza kolejnością i zasadach korzystania z tego przywileju. (dowód: akta kontroli str. 55-61, 180, 185)

2.5. Świadczenia z zakresu lekarza POZ, stosownie do postanowień umowy zawartej z POW NFZ, wykonywane były przez Właściciela NZOZ, posiadającego specjalizacje w zakresie medycyny rodzinnej oraz pediatrii, wymagane art. 55 ustawy o świadczeniach. (dowód: akta kontroli str. 64-65)

2.6. W styczniu i czerwcu 2012, 2013 i 2014 roku liczba deklaracji wyboru lekarza POZ złożonych w NZOZ wynosiła odpowiednio: 3.974 i 4.243 w 2012 r., 4.417 i 4.619 w 2013 r. oraz 5.181 i 5.491 w 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 66)

2.7. W styczniu 2012 roku liczba świadczeniobiorców objętych opieką NZOZ wynosiła 3.974, w tym 572 w wieku 0-6 lat (14,4% ogółu świadczeniobiorców), 1.561 w wieku 7-19 lat (39,3%), 1.714 w wieku 20-65 lat (43,1%) oraz 127 w wieku powyżej 65 lat (3,2%). Z każdym rokiem liczba świadczeniobiorców w ww. grupach rosła (za wyjątkiem grupy wiekowej 0-6, w której w styczniu 2013 r. odnotowano nieznaczny spadek). W rezultacie w czerwcu 2014 roku liczba świadczeniobiorców wynosiła 5.491, w tym 724 osoby w wieku

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248.

⁹ Zm. zarz.: Nr 85/2011/DSOZ, Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ.

¹⁰ Kontrole z dnia: 26 września 2012 r., 12 grudnia 2012 r. oraz 24 września 2013 r.

¹¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

0-6 lat (13,2%), 1.967 osób w wieku 7-19 lat (35,8%), 2.609 osób w wieku 20-65 lat (47,5%) i 191 osób powyżej 65 roku życia (3,5%). Z porad lekarza POZ najczęściej korzystały osoby w wieku 20-65 lat (najlichniesza grupa pacjentów), zaś najrzadziej osoby powyżej 65 roku życia (najmniej liczna grupa). W styczniu 2012 roku odnotowano odpowiednio 612 (38,2% ogółu) i 105 wizyt (6,6%) pacjentów z tych grup, a w czerwcu 2014 roku kolejno 639 (38,5%) i 180 wizyt (10,8%). (dowód: akta kontroli str. 67, 172)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w okresie objętym kontrolą liczba deklaracji złożonych do lekarza Stanisława Bernatowicza znacznie przewyższała limit 2.750 osób (w czerwcu 2014 roku blisko dwukrotnie), określony w § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ, co szczegółowo przedstawiono w pkt. 2.6. wystąpienia pokontrolnego.

Właściciel wyjaśnił, że nowi pacjenci są informowani, że lekarz ma ponad 5 tys. zadeklarowanych świadczeniobiorców, ale jeżeli pacjentowi to nie przeszkadza jego deklaracja jest przyjmowana. POW NFZ kieruje do Świadczeniodawcy pisma z prośbą o wyjaśnienie w sprawie nadmiernej liczby deklaracji oraz o oświadczenie, że liczba pacjentów nie wpływa na dostępność usług. Z wyjaśnień Właściciela wynika, że w poradni nie tworzą się kolejki, a pacjenci przyjmowani są w dniu zgłoszenia się do lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 66, 177-179, 181-183)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie zapewnienia zasobów kadrowych i sprzętowych, związanych z realizacją umów z NFZ.

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych

Opis stanu
faktycznego

3.1. Umowy Świadczeniodawcy z POW NFZ dotyczyły świadczeń lekarza POZ, świadczeń pielęgniarki POZ, świadczeń położnej POZ¹². Świadczeniodawca w ramach prowadzonego NZOZ zapewniał świadczeniobiorcom dostęp do usług medycznych pielęgniarki i położnej. Deklaracje wyboru pielęgniarki i położnej POZ złożone przez 10 wytypowanych do zbadania świadczeniobiorców wskazywały pielęgniarki i położną, które były zatrudnione u Świadczeniodawcy. W składanych deklaracjach wyboru pielęgniarek i położnej wskazano ich lokalizację. (dowód: akta kontroli str. 70-72, 75-171)

3.2. W okresie objętym kontrolą, tj. od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r., Świadczeniodawca nie realizował programów zdrowotnych oraz profilaktycznych finansowanych przez POW NFZ. Badanie 10 kart historii zdrowia i choroby świadczeniobiorców wykazało, że lekarz POZ prowadził edukację prozdrowotną, przekazując pacjentom wiedzę nt. właściwego żywienia w przypadku cukrzycy i podwyższonego poziomu cholesterolu, negatywnych skutków palenia tytoniu i nadużywania alkoholu oraz zalecał zwiększenie aktywności ruchowej.

Właściciel wyjaśnił, że we współpracy z firmami farmaceutycznymi brał udział w przedsięwzięciach pt. „Biała niedziela”, w trakcie których badano pacjentom NZOZ poziom cukru oraz ciśnienie tętnicze krwi, a także mogli oni skorzystać z porad diabetologa. (dowód: akta kontroli str. 70-72, 177-179)

3.3. Świadczeniodawca nie przekazywał informacji o stanie zdrowia społeczności organom administracji samorządowej. Organy te nie występowały o takie informacje. (dowód: akta kontroli str. 177-179, 184)

3.4. Z wyjaśnień Właściciela wynika, że współpracował on z Salezjańskim Ośrodkiem Wychowawczym w Różanym Stoku, udzielając dwa razy w tygodniu podopiecznym ośrodka porad medycznych. Współpraca z domem pomocy społecznej polegała na wydawaniu pacjentom w razie potrzeby skierowań do takiej placówki. (dowód: akta kontroli str. 177-179)

¹² Umowa Nr 10-00-02530-12-04-01/13 o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z 30 grudnia 2011 r. oraz umowa nr 10-00-02530-13-05-01/13 z 27 grudnia 2012 r.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniobiorcy w zakresie współdziałania z innymi podmiotami.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

4.1. Analiza 3.534 wpisów w księdze przyjęć pacjentów (prowadzono ją w wersji papierowej) dokonanych w styczniu i czerwcu 2014 roku wykazała, że zawierały one dane wymagane § 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, z wyjątkiem wskazania godziny zgłoszenia się pacjenta, co opisano w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 68-69)

W styczniu, kwietniu i czerwcu 2014 roku z jednej wizyty skorzystało odpowiednio 1.084, 1.039 i 987 pacjentów. Dwu lub trzykrotnie przyjęto w tych miesiącach 330, 315 i 278 osób, zaś powyżej pięciu razy – po jednym pacjencie w styczniu i w czerwcu oraz trzech pacjentów w kwietniu. Jeden pacjent (w czerwcu 2014 roku) korzystał siedem razy z porady lekarza POZ (była to największa liczba porad udzielonych jednemu pacjentowi w miesiącu). Z wyjaśnień Właściciela wynika, że wszystkie wizyty w przypadku tego świadczeniobiorcy były uzasadnione względami medycznymi. (dowód: akta kontroli str. 68-69, 177-179)

W okresie objętym kontrolą zbiorczą dokumentacja medyczna prowadzona była w wersji papierowej. Dane z papierowej księgi przyjęć wprowadzane były do oprogramowania komputerowego KS-PPS na potrzeby rozliczeń z POW NFZ. Na dzień zakończenia kontroli Świadczeniodawca wykorzystywał oprogramowanie do rejestracji pacjentów, rozliczeń z POW NFZ, weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego oraz gromadzenia danych nt. zatrudnianego personelu.

Oprogramowanie KS-PPS umożliwiało prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, terminarza wizyt, wystawianie recept oraz skierowań. Funkcje programu zapewniały spełnienie wymagań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³.

(dowód: akta kontroli str. 68-69)

4.2. Analiza 10 kart historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45-55 lat (po pięć kobiet i mężczyzn), którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ w kontrolowanej jednostce przed 1 stycznia 2012 r. i najczęściej korzystali ze świadczeń lekarza POZ w czerwcu 2014 roku wykazała, że prowadzona dokumentacja zawierała elementy wymagane w art. 25 (i następnym) ustawy o prawach pacjenta i RPP.

We wszystkich 10 zbadanych kartach odnotowano pomiary wzrostu i masy ciała (BMI). Informacje o chorobach przewlekłych zamieszczono w sześciu z nich, o pobytach szpitalnych oraz o szczepieniach i podanych surowicach – w trzech, a o uczuleniach – w dwóch. W jednej z nich wpisano informację o przebytych poważnych chorobach przez pacjenta, zaś w kolejnej – o zabiegach operacyjnych. Żadna karta nie zawierała natomiast informacji o stanie uzębienia oraz o obciążeniach dziedzicznych.

Analiza wpisów o 10 wizytach odnotowanych w historii zdrowia i choroby ww. świadczeniobiorców wykazała, że w trakcie dziewięciu wizyt z czerwca 2014 roku przeprowadzono badanie podmiotowe i przedmiotowe. W czterech przypadkach skierowano pacjenta na badania diagnostyczne, konsultacje lub zabiegi, a jedna wizyta zawierała opis wyników wcześniej zleconych badań diagnostycznych. Sześć wizyt skutkowało przepisaniem leków. Wszystkie wpisy zawierały rozpoznanie (kod ICD-10) oraz datę i podpis lekarza dokonującego wpisu.

W badanym okresie ww. świadczeniobiorcy odbyli łącznie 208 wizyt, w ramach których dokonano 136 (65,4%) pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, a 39 wizyt (18,8%) związanych było wyłącznie z powtórzeniem leków. (dowód: akta kontroli str. 70-72)

¹³ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieodnotowaniu godziny zgłoszenia się pacjenta w żadnym z 3.534 zbadanych wpisów (za styczeń i czerwiec 2014 roku) w księdze przyjęć pacjentów do lekarza POZ, co było niezgodne z treścią § 44 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości był właściciel NZOZ, który wyjaśnił, że nie wiedział o istnieniu takiego wymogu. (dowód: akta kontroli str. 68-69, 177-179)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z art. 27 ustawy o świadczeniach, świadczenia lekarza POZ obejmują wykonywanie badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych. Tymczasem w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. w żadnej z 10 zbadanych kart historii zdrowia i choroby nie zamieszczono informacji o wykonaniu badania per rectum, a w żadnej z pięciu kart kobiet – badania gruczołu piersiowego, instruktażu samobadania piersi oraz informacji o wykonanych badaniach cytologicznych, tj. o badaniach profilaktycznych w celu wczesnego wykrywania niektórych chorób nowotworowych.

Wszystkim analizowanym pacjentom wykonano natomiast pomiar ciśnienia tętniczego krwi (od trzech do 27 razy), a dziewięciu – przynajmniej dwa razy badania poziomu cukru we krwi. (dowód: akta kontroli str. 70-72)

Właściciel NZOZ wyjaśnił, że wykonuje pacjentom pomiary ciśnienia tętniczego krwi, badanie poziomu cukru, EKG. Ponadto, w przypadku mężczyzn pyta o problemy z oddawaniem moczu lub problemy z erekcją, zaś kobiety dopytuje o wykonane badania cytologiczne i zachęca je do kontaktu z ginekologiem. W przypadku, gdy pacjent zgłosi się z konkretnymi dolegliwościami lekarz zleca szczegółową diagnostykę, a po otrzymanych wynikach w przypadku uzasadnionego podejrzenia występowania np. choroby nowotworowej kieruje pacjenta do specjalistycznej poradni. W stosunku do kobiet prowadzony jest instruktaż samobadania piersi – lekarz sporadycznie wykonuje badanie. Badania per rectum nie są wykonywane. Wynik badania gruczołu piersiowego jest dokumentowany w historii zdrowia i choroby. Wyjaśnił też, że od 1 stycznia 2012 r. przy współpracy z firmami farmaceutycznymi zorganizował 4-5 edycji tzw. „Białej niedzieli”. Pacjentom NZOZ badano ciśnienie tętnicze krwi, poziom cukru, prowadzono konsultacje z diabetologiem. (dowód: akta kontroli str. 177-179, 186)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała istotnego wpływu na prowadzenie dokumentacji medycznej.

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. Właściciel wyjaśnił, że pacjenci zgłaszający się w celu powtórzenia leków lub wypisania skierowania byli przyjmowani w normalnym trybie, zaś pacjenci w stanach nagłych i ciężkich – poza kolejnością. (dowód: akta kontroli str. 177-180)

5.2. Badania diagnostyczne wykonywane były przez podmioty zewnętrzne na podstawie umów zawartych z NZOZ Medyczne Laboratorium Diagnostyczne „NovaLab” s.c. (umowa z 25 lutego 2008 r. na wykonywanie badań laboratoryjnych) oraz SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej (umowa z 4 stycznia 2007 r. na wykonywanie badań laboratoryjnych/diagnostycznych). Łączny koszt badań diagnostycznych w poszczególnych półroczach 2013 i 2014 roku wyniósł odpowiednio 20.515 zł, 24.736 zł oraz 29.839 zł. Z wyjaśnień Właściciela NZOZ wynika, że materiał do badań diagnostycznych był pobierany w miejscu udzielania świadczeń lekarza POZ przez podwykonawcę NZOZ Medyczne Laboratorium Diagnostyczne „NovaLab” s.c. (w poniedziałki i czwartki od 7:30 do 09:00). W przypadku SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej materiał do badań był pobierany u podwykonawcy. (dowód: akta kontroli str. 73-74, 104-171, 177-179)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niewykazaniu w wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy zawartej 27 grudnia 2012 r. z POW NFZ oraz w aneksach do tej umowy, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej jako podwykonawcy, mimo iż Świadczeniodawca zlecał temu podmiotowi wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych, co było niezgodne z § 2 ust. 2 powołanej umowy. Łączny koszt tych badań w latach 2013 – 2014 wyniósł 27.501 zł.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości był Właściciel NZOZ, który wyjaśnił, że nieuwzględnienie SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej w wykazie podwykonawców było niedopatrzaniem. (dowód: akta kontroli str. 73-74, 104-171, 177-179)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie dostępności świadczeń POZ i badań diagnostycznych. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała wpływu na dostępność do świadczeń oraz badań diagnostycznych.

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

6.1. Indywidualną dokumentację medyczną świadczeniobiorców przechowywano w przystosowanych do tego szafach znajdujących się za ladą rejestracji w wydzielonej przestrzeni w głównym holu budynku. Stacjonarny komputer oraz oprogramowanie wykorzystywane do gromadzenia i przetwarzania danych m.in. o wizytach pacjentów zabezpieczone były loginami oraz wieloznakowymi hasłami dostępowymi. Serwer, na którym gromadzono dane pacjentów znajdował się w poradni lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli str. 55-61, 68-69)

6.2. Świadczeniodawca nie poinformował świadczeniobiorców o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej poprzez umieszczenie na tablicy informacyjnej cennika takiej usługi. (dowód: akta kontroli str. 184)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Rozliczanie umów o świadczenia POZ

Opis stanu
faktycznego

7.1. W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca realizował dwie umowy zawarte z POW NFZ o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ: z 30 grudnia 2011 r. (obowiązująca do 31 grudnia 2012 r.) oraz umowę z 27 grudnia 2012 r. (obowiązująca do 31 grudnia 2014 r.; pięciokrotnie aneksowana¹⁴). (dowód: akta kontroli str. 75-171)

7.2. Wyżej wymienione umowy były realizowane z udziałem podwykonawców opisanych w pkt. 5.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

7.3. Świadczeniodawca przedkładał POW NFZ miesięczne rachunki za udzielanie świadczeń POZ. Sporządzano je na podstawie otrzymanych z POW NFZ raportów o ilości deklaracji wyboru lekarza POZ, złożonych do Świadczeniodawcy, z podziałem na usługi szczegółowe (grupy wiekowe i porady udzielone pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i chorób układu krążenia). Analiza przeprowadzona na próbie rachunków wystawionych za styczeń i czerwiec 2012, 2013 i 2014 roku wykazała, że w każdym przypadku ilość deklaracji stanowiących podstawę obliczenia należności wykazywanych na rachunku była zgodna z raportem wygenerowanym przez POW NFZ, zaś stawki za usługi były zgodne z umową zawartą z POW NFZ. Wynagrodzenie Świadczeniodawcy z tytułu świadczeń POZ wykonanych na podstawie umowy zawartej z POW NFZ wyniosło:

¹⁴ Aneks 29 kwietnia 2013 r. – zmiana dotycząca ustalenia daty zmiany warunków umowy na kolejny okres rozliczeniowy, aneks z 22 maja 2013 r. – zmiana dotyczyła ustalenia warunków finansowania na kolejny okres rozliczeniowy, aneks z 20 maja 2013 r. – zmiana w załączniku nr 1 do umowy (harmonogram-zasoby) oraz okresu obowiązywania kwot określonych w § 10 umowy, aneks z 15 lipca 2013 r. – zmiana oznaczenia Świadczeniodawcy, aneks z 16 grudnia 2013 r. – zmiana dotyczyła przedłużenia obowiązywania umowy na kolejny rok, tj. do 31 grudnia 2014 r., aneks z 4 lipca 2014 r. – zmiana dotyczyła zmienionego zarządzenia Prezesa NFZ, w oparciu o które umowa była realizowana.

- w styczniu i w czerwcu 2012 r. kolejno 44.607,20 zł i 47.828,80 zł za odpowiednio 3.974 i 4.243 pacjentów,
- w styczniu i w czerwcu 2013 r. kolejno 49.751,20 zł i 52.279,20 zł za 4.417 i 4.619 pacjentów,
- w styczniu i w czerwcu 2014 roku odpowiednio 58.891,20 zł i 62.742,40 zł za 5.181 i 5.491 pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 187-207)

7.4. POW NFZ w okresie objętym kontrolą raz, tj. 23 lipca 2013 r., nałożył na Świadczeniodawcę karę umowną w kwocie 1.149,31 zł z tytułu nienależnego wykonania umowy. Powodem było udzielenie świadczenia pacjentowi objętemu w tym samym czasie leczeniem szpitalnym oraz nieuzasadnione wystawienie recepty. (dowód: akta kontroli str. 173-176)

7.5. Świadczeniodawca nie był kontrolowany przez Okręgową Izbę Lekarską, Naczelną Radę Lekarską, wojewodę, konsultanta krajowego lub wojewódzkiego z dziedziny medycyny rodzinnej. (dowód: akta kontroli str. 184)

7.6. W latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca) PPIS przeprowadził u Świadczeniodawcy trzy kontrole i wizytację, co szczegółowo opisano w pkt. 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Świadczeniodawcy w zakresie rozliczania umów o świadczenia POZ.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁵, wnosi o:

1. Wprowadzenie regulaminu organizacyjnego, zgodnie z wymogami art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej.
2. Zlecenie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych wyłącznie podmiotom wymienionym w wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z POW NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
3. Podawanie w księdze przyjęć godziny zgłoszenia się pacjenta, zgodnie z § 44 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
4. Zwiększenie aktywności na rzecz wykonywania działalności profilaktycznej w celu wczesnego rozpoznania chorób, wymaganych art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 Białymstoku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

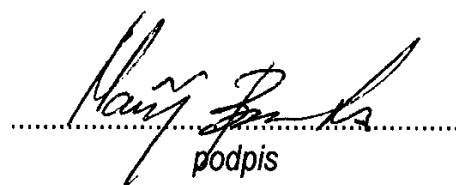
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

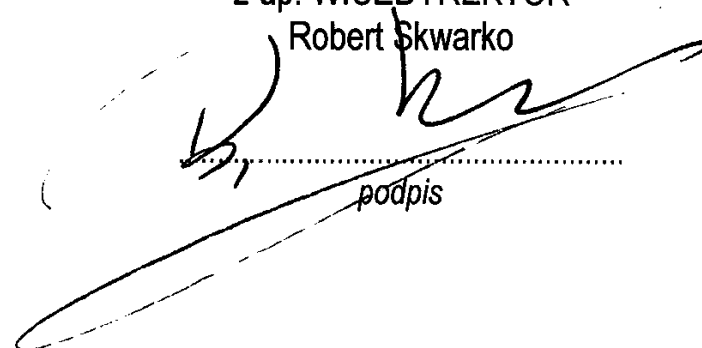
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 18 listopada 2014 r.

Kontroler
Maciej Brzosko
inspektor kontroli państwowej


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko


.....
podpis

