



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.002.03.2017
R/17/002



00563917

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	R/17/002 – Dostępność świadczeń ginekologiczno-polożniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich w latach 2015 – 2016
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Adrian Gosk – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/39/2017 z 3 marca 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	„GYNECJA” Małgorzata Kamińska Spółka Partnerska Lekarzy w Sokółce – Poradnia Położniczo-Ginekologiczna w Czarnej Białostockiej, ul. Torowa 1, 16-020 Czarna Białostocka (dalej: Poradnia)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Małgorzata Kamińska – Partner ¹

Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W Poradni zapewniono właściwe warunki do udzielania świadczeń ambulatoryjnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Świadczenia zdrowotne udzielane były przez dwóch lekarzy posiadających wymagane specjalizacje medyczne oraz dwie wykwalifikowane położne. Poradnia wyposażona była w wymaganą aparaturę, zaś urządzenie pomieszczeń zapewniało warunki do poszanowania intymności i godności podczas badań.

Wszystkim pacjentkom, których dokumentacja medyczna była analizowana, wykonywano badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy, zaś kobietom w ciąży większość zalecanych świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem³.

Stwierzone nieprawidłowości dotyczyły niewykonywania lub niedokumentowania wykonania pacjentkom w ciąży niektórych świadczeń zdrowotnych zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Żadnej pacjentce nie wykonano pięciu spośród 41 zalecanych świadczeń profilaktycznych, badań lub konsultacji medycznych, części pacjentek nie udzielono dwóch innych wymaganych świadczeń, a wykonania kolejnych ośmiu nie udokumentowano.

Kontrola NIK wykazała również nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń.

¹ Pani Małgorzata Kamińska pełni funkcję partnera reprezentującego spółkę od czasu obowiązywania umowy z NFZ, tj. od 1 kwietnia 2016 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1132. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie Poradni do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Poradnia od 1 kwietnia 2016 roku posiadała umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴. W 2016 roku w Poradni przyjęto 619 kobiet, z których 50 zgłosiło się w okresie ciąży⁵. Badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy (cytologię) wykonano u 435 pacjentek. (dowód: akta kontroli str. 5-26, 64)

1.2. Poradnia w ww. okresie posiadała zakontraktowane świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa (kod 02.1450.001.02) oraz związane z nimi pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (kod 02.1450.101.02), a także na wykonywanie zabiegów w położnictwie i ginekologii (kod 02.1450.201.02) w łącznej liczbie 7.740,5 jednostek rozliczeniowych (stawka za jednostkę wynosiła 8,10 zł).

W 2016 roku Poradnia zrealizowała kontrakt zawarty z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”) na poziomie 9.808,5 pkt (126,7% kontraktu), przy czym nadwykonania nie zostały opłacone. (dowód: akta kontroli str. 5-26, 58, 222-226)

1.3. W Poradni zapewniono personel medyczny określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶ (zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie AOS”) oraz z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁷ (zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie PPZ”). Zgodnie z umową z NFZ zatrudnionych było dwóch lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie ginekologii i położnictwa, którzy udzielali świadczeń w: poniedziałek i środę w godzinach od 16.00 do 20.00 oraz we wtorek od 10.00 do 15.00, zaś w piątek od godziny 8.00 do 9.30 można było także osobiście przekazać materiał do badań laboratoryjnych (krew, mocz itp.). Ponadto w Poradni zatrudnione były także dwie położne pracujące w tych samych godzinach co ww. lekarze.

Poradnia nie posiadała regulacji wewnętrznych dotyczących zasad umawiania pacjentek na wizyty. W praktyce umożliwiono zapisywanie się na wizyty drogą tradycyjną (osobiście w siedzibie) i telefonicznie, a osoba rejestrująca dokonywała zapisu na liście oczekujących na konkretny dzień i godzinę, z ewentualną adnotacją dotyczącą stanu zdrowia pacjentek bądź zaplanowanego badania (np. „ciąża”, „USG” itp.). Według Partnera reprezentującego spółkę w 2016 roku w Poradni nie było kolejek (lekarz dyżurujący przyjmował pacjentki na bieżąco), a pacjentki pilne (silne bóle, krwawienia itp.) przyjmowano także przed wyznaczoną godziną wizyty. Partner reprezentująca Spółkę zaznaczyła jednocześnie, że pacjentki zainteresowane wizytą u konkretnego lekarza specjalisty musiały się liczyć z oczekiwaniem wynoszącym do dwóch tygodni. Listy pacjentek oczekujących na wizytę w 2016 roku nie były prowadzone prawidłowo, co omówiono szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 4-26, 61-64, 68-71)

1.4. Sposób urządzenia Poradni spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸. Zapewniono też warunki do intymności podczas udzielania świadczeń. W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się m.in.: stolik zabiegowy, fotel ginekologiczny (nie umiejscowiono go na wprost drzwi), kozetka dla pacjentek, a także mobilny parawan. Ponadto na wyposażeniu Poradni znajdowały się: aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, detektor tętna płodu, kolposkop, mikroskop, lampa bakteriobójcza, KTG oraz USG (aparatura medyczna, o której mowa w § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

⁴ Umowa Nr 10-00-04570-16-01-02/01 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawarta 21 kwietnia 2016 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia – Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku.

⁵ Według danych GUS w 2015 roku w gminie miejsko-wiejskiej mieszkało 11.589 osób i urodziło się 93 dzieci.

⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 357.

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1743, ze zm.

⁸ Dz. U. poz. 739. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.”

świadczeń opieki zdrowotnej⁹, posiadała wymagane przeglądy techniczne). Poradnia nie posiadała urządzeń do sterylizacji narzędzi medycznych, bowiem – według Partnera reprezentującego Spółkę – używano wyłącznie jednorazowych wzierników oraz jednorazowych zestawów do pobierania materiału do badań cytologicznych.

Pacjentkom zapewniono także warunki do przygotowania się do badania w pomieszczeniu przylegającym do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, wyposażonym m.in. w umywalkę, sedes oraz bidet z jednorazowymi środkami higienicznymi. Wszystkie okna w Poradni (I piętro budynku) wyposażone zostały w rozwijane rolety, a szyby do wysokości ok. 1/3 okien dodatkowo oklejone były mleczną folią. Gabinetu diagnostyczno-zabiegowego nie wyposażono natomiast w urządzenie sygnalizujące osobom pozostającym na zewnątrz gabinetu o trwającym aktualnie badaniu i zabezpieczającym przed przypadkowym wtargnięciem. (dowód: akta kontroli str. 62-63, 68-71)

1.5. W 2016 roku do Poradni nie wpływały skargi związane z udzielaniem świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych. Poradnia nie wymagała od pacjentek w ciąży dokumentów potwierdzających posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, a pisemna informacja w tym zakresie znajdowała się na tablicy ogłoszeń Poradni. W styczniu 2017 roku Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku sprawdziła stan techniczny i sanitarno-higieniczny Poradni, nie stwierdzając nieprawidłowości i oceniając go na poziomie „dobrym”. (dowód: akta kontroli str. 40-42, 62-64)

Zgodnie z umową z NFZ Poradnia zapewniała możliwość wykonywania badań określonych w ww. rozporządzeniach w sprawie AOS i PPZ. Badania KTG i ultrasonograficzne były wykonywane na miejscu, zaś realizację pozostałych powierzono podwykonawcom. (dowód: akta kontroli str. 5-57)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na prowadzeniu list pacjentek oczekujących w 2016 roku na wizytę w Poradni niezgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰. Osoba rejestrująca nie odnotowywała następujących informacji: numeru kolejnego wpisu na dany dzień, roku urodzenia pacjentki, daty i godziny wpisu, numeru telefonu pacjentki bądź oznaczenia innego sposobu komunikacji, adresu świadczeniobiorcy, numeru potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, a także rozpoznania lub powodu przyjęcia niektórych pacjentek oraz imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu. (dowód: akta kontroli str. 61-64)

Zdaniem Partnera reprezentującego spółkę dotychczasowy sposób rejestracji, biorąc pod uwagę skalę działalności, sprawdzał się i nie było jakichkolwiek sytuacji kryzysowych z nim związanych. Dodatkowe wymogi biurokratyczne zwiększą jedynie obciążenie administracyjne, a tym samym skrócą czas poświęcany pacjentkom. Ponadto zdaniem Partnera, biorąc pod uwagę nieopłacanie przez płatnika wszystkich zrealizowanych świadczeń oraz rosnące koszty działalności, dalsza działalność Przychodni stoi pod znakiem zapytania. (dowód: akta kontroli str. 68-71)

Ocena cząstkowa

Poradnia była prawidłowo przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Zapewniono odpowiednio przygotowany personel medyczny, wyposażenie i sprawną aparaturę medyczną. Czas działania Poradni zapewniał możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w godzinach przedpołudniowych, jak i po południu. Świadczenia zdrowotne udzielane były w warunkach zapewniających intymny oraz godny ich przebieg. Stwierdzona zaś nieprawidłowość nie miała istotnego wpływu na działalność podlegającą ocenie.

⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

¹⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

Opis stanu
faktycznego

2. Wykonywanie zalecanych badań, w tym określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej

2.1. Analiza losowo wybranej dokumentacji 50 (8,1%) pacjentek, którym w 2016 roku w Poradni udzielano świadczeń z powodów innych niż ciąża (cztery z tych kobiet mieszkały na terenach wiejskich) wykazała, że wywiad dotyczący ryzyka wystąpienia raka piersi i raka szyjki macicy przeprowadzony został w odniesieniu do 37 (74%) kobiet, zaś badanie piersi wykonano u 28 (56%) pacjentek, co omówiono szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. Z kolei od 43 (86%) kobiet pobrano (jednokrotnie) cytologię. Zdaniem Partnera reprezentującego spółkę tzw. wywiad dotyczący ryzyka wystąpienia raka piersi lub raka szyjki macicy odbywa się przy okazji każdej wizyty pacjentki w Poradni i stanowi obowiązkową jej część, przy czym nie zawsze jest odnotowywany w dokumentacji medycznej, co wynika z liczby obsługiwanych pacjentek, natłoku wymogów formalnych, a także stanu zdrowia deklarowanego przez konkretną pacjentkę. W przypadku czterech pacjentek nie wykonano cytologii z powodu dolegliwości zdrowotnych, podczas których nie wykonuje się tego badania. Pozostałe trzy pacjentki dysponowały zaś aktualnymi wynikami badań (z lat 2014 – 2015) i zdaniem Partnera reprezentującego spółkę nie było potrzeby ich ponawiania w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 65-71)

2.2. Analizą objęto dokumentację 30 (60%) losowo wybranych pacjentek, którym w 2016 roku w Poradni udzielono świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, finansowanych ze środków publicznych (jedna z tych kobiet mieszkała na terenach wiejskich). Wszystkim pacjentkom wykonano następujące świadczenia profilaktyczne oraz badania diagnostyczne (niezależnie od przedziału czasowego ciąży), zalecane rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej:

- badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe,
- badanie czystości pochwy oraz badanie we wzierniku i zestawione,
- cytologię,
- badanie w kierunku HIV i HCV, toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki, stężenia glukozy we krwi oraz VDRL,
- ocenę ryzyka ciążowego,
- morfologię i grupę krwi oraz Rh i badanie ogólne moczu,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badania ultrasonograficzne,
- określenie wzrostu i masy ciała.

(dowód: akta kontroli str. 72-221)

W pierwszym przedziale czasowym (do 10. tygodnia ciąży) świadczeń udzielono 29 pacjentkom¹¹. Wszystkim sześciu pacjentkom z Rh- wykonano badanie przeciwciał odpornościowych, a 12 (41,4%) pacjentkom zbadano gruczoły sutkowe¹².

W przedziale czasowym 11 – 14 tydzień ciąży opieką objętych było 29 pacjentek, którym wykonano m.in. badania ultrasonograficzne.

Do poradni zgłosiło się 29 kobiet, będących w 15 – 20 tygodniu ciąży, którym wykonano m.in. badanie we wzierniku i zestawione oraz badanie czystości pochwy.

Dwudziestu trzem pacjentkom, znajdującym się w 21 – 26 tygodniu ciąży udzielono świadczeń medycznych. Wszystkim wykonano m.in. ocenę czynności serca płodu, tzw. krzywą cukrową oraz badanie w kierunku toksoplazmozy, jeśli miały ujemny wynik w I trymestrze. Trzem ciężarnym z Rh- wykonano także badanie przeciwciał anti-Rh.

Świadczenia udzielono 19 pacjentkom, będącym w 27 – 32 tygodniu ciąży. Wykonano im m.in. ponowną ocenę czynności serca płodu, a trzem z Rh- ponowne badanie przeciwciał odpornościowych.

¹¹ W każdym przedziale czasowym na badania zgłaszała się różna liczba kobiet. Było to związane z np. późniejszym zgłoszeniem do poradni, opuszczeniem wizyt, zaprzestaniem uczęszczania do Poradni.

¹² Odstępstwa od wykonywania zalecanych świadczeń opisane zostaną dalej, w sekcji „Ustalona nieprawidłowość”.

Ustalone
nieprawidłowości

Siedemnaście pacjentek było w 33 – 37 tygodniu ciąży. Wykonano im badanie położnicze, ponowną ocenę czynności serca płodu oraz ocenę aktywności płodu, posiew z przedsonka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących, a siedmiu (41,2%) zbadano gruczoły sutkowe.

Prowadzono także 17 pacjentek w 38 – 39 tygodniu ciąży. Wszystkim wykonano m.in. badanie położnicze, ponowną ocenę czynności serca płodu oraz ocenę aktywności płodu.

Po 40 tygodniu ciąży świadczenia udzielane były jednej pacjentce, której wykonano m.in. badanie KTG, ogólne i podmiotowe, położnicze i ultrasonograficzne oraz ocenę ruchów płodu, a także wystawiono skierowanie do hospitalizacji. (dowód: akta kontroli str. 72-221)

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

1. Żadnej pacjentce z próby objętej kontrolą nie wykonano lub nie zlecano wykonania wymienionych poniżej świadczeń, zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej:

- Wszystkie pacjentki skierowano do stomatologa, lecz żadnej lekarz ginekolog nie skontrolował stanu zdrowia jamy ustnej, zalecanego w 11 – 14, 21 – 26 i 33 – 37 tygodniu ciąży. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, iż lekarze nie czują się kompetentni w tym zakresie, natomiast zawsze zwracali uwagę pacjentkom na utrzymywanie uzębienia we właściwym stanie. Pacjentki podczas pierwszej wizyty obligatoryjnie (bez względu na deklarowany stan zdrowia jamy ustnej) były kierowane do lekarzy stomatologów, przy czym znaczna grupa pacjentek już w tym momencie nie widziała takiej potrzeby. Weryfikacja stanu jamy ustnej w podanych okresach powinna zdaniem Partnera reprezentująca spółkę odbywać się pod okiem specjalisty, a nie lekarza ginekologa.
- Nie wykonywano oceny wymiarów miednicy oraz badania antygenu HBs, wymaganych w 33 – 37 tygodniu ciąży. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, iż ocena wymiarów miednicy nie była wykonywana ze względu na brak praktycznej przydatności, zaś ww. badania nie przeprowadzano, gdyż ciężarne były zaszczepione przeciwko WZW.

NIK zauważa jednak, że wykonanie tego badania jest zalecane w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej; badanie antygenu HBs ma ustalić czy osoba szczepiona przeciwko WZW B ma odpowiedni poziom przeciwciał zapewniający ochronę w przypadku kontaktu z wirusem HBV¹³.

- Nie powtarzano badania w kierunku HIV w 33 – 37 tygodniu ciąży. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, iż powodem tego były przede wszystkim dobre wyniki badań w pierwszym okresie ciąży, a także rozpoznanie środowiska, w którym przebywają ciężarne, które to nie wskazywało na stosowanie ryzykownych zachowań.
- Żadnej z trzech pacjentek, które miały Rh- i posiadały wskazania medyczne (brak przeciwciał anti-RhD) nie podano globuliny anti-D, ani nie skierowano na podanie tego preparatu. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, iż w ww. przypadkach nie było takiej potrzeby. Według niej globulina anti-D podawana jest wyłącznie w szpitalach. Poradnia nie uzyskalaby tego produktu leczniczego nawet po ewentualnym zgłoszeniu zapotrzebowania (rolą Poradni jest jedynie wykrycie i skierowanie konkretnych osób wymagających takiej terapii do szpitala, w którym monitoruje się stopień narastania przeciwciał). Ponadto jak wyjaśniła preparat ten jest dość drogi i nie ma finansowych możliwości jego podawania wszystkim ciężarnym z Rh-. Podstawą zakwalifikowania są występujące obfite krwawienia, zagrożenia poronieniem bądź inne uwarunkowania szczegółowo przedstawione w pkt I zaleceń dotyczących jego stosowania z 18 grudnia 2015 r.¹⁴ W przypadku

¹³ <http://wylecz.to/pl/badania/badania-laboratoryjne/badanie-przeciwcial-anty-hbs.htm#popupClose>.

¹⁴ Zalecenia dotyczące stosowania immunoglobuliny anti-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygenu D z układu Rh opracowane przez konsultantów krajowych z zakresy położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii – obowiązujące od 18 grudnia 2015 r.

wszystkich trzech kobiet Partner reprezentująca Spółkę uznała (w oparciu o posiadaną wiedzę i 40-letnie doświadczenie), że nie było potrzeby podawania tego preparatu i w związku z tym nie skierowała tych kobiet do szpitala.

Zgodnie z pkt III-IV ww. zaleceń dotyczących stosowania immunoglobuliny anti-RhD, do podawania tego preparatu kwalifikuje się kobiety RhD ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD i której dziecko jest RhD dodatnie, a gdy krew dziecka jest niedostępna, to do jego podania kwalifikuje się kobiety RhD ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD. Z kolei w 28 – 30 tygodniu ciąży wprowadza się profilaktykę śródciażową, polegającą na podaniu immunoglobuliny anti-RhD w dawce 300 µg każdej kobiecie RhD ujemnej, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD. (dowód: akta kontroli str. 59-60, 68-222)

2. W przypadku niektórych pacjentek nie wykonywano części zalecanych świadczeń profilaktycznych lub badań:

- 17 (58,6%) pacjentkom do 10. tygodnia ciąży nie przeprowadzono badania gruczołów sutkowych, a 10 (58,8%) ciężarnym nie wykonano tego badania w 33 – 37 tygodniu ciąży. Wg Partnera reprezentującego spółkę brak ww. badań wynikał z ustaleń wywiadów przeprowadzonych z pacjentkami, a w niektórych przypadkach mogło nastąpić przeoczenie zapisania tego faktu w dokumentacji.
- Czterem (13,8%) pacjentkom nie przeprowadzono badania ogólnego moczu i morfologii krwi w 15 – 20 tygodniu ciąży, jednej (5,3%) kobiecie w okresie 27 – 32 tygodnia ciąży, zaś czterem (23,5%) w 38 – 39 tygodniu. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, iż wyniki badań ogólnych moczu i morfologia krwi są na bieżąco monitorowane w czasie każdej ciąży, przy czym czasami terminy tych badań ulegają odchyleniom w stosunku do wymogów ze standardów (wynikającym z różnych czynników, w tym sytuacji samej ciężarnej) – mogą więc sporadycznie takie sytuacje mieć miejsce. (dowód: akta kontroli str. 68-221)

3. W objętej analizie dokumentacji medycznej nie udokumentowano realizacji następujących świadczeń profilaktycznych, badań i konsultacji:

- oceny ryzyka ciążowego po 11. tygodniu ciąży,
- propagowania zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej,
- poinformowania pacjentek o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (zalecane do 10. tygodnia ciąży),
- praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa,
- skierowania dziewięciu (30%) kobiet do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie ona przebywała po porodzie,
- faktu objęcia dziewięciu ciężarnych spoza terenu gminy Czarna Białostocka opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu,
- stworzenia planu opieki przedporodowej, obejmującego wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonywania.

Nie dysponowano też podpisanymi przez lekarza planami porodu obejmującymi wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu.

Partner reprezentująca spółkę stwierdziła, że propagowania zdrowego stylu życia w dokumentacji nie wpisywano najczęściej z powodu braku czasu, natomiast ocena ryzyka ciążowego zawsze ma miejsce podczas pierwszej wizyty. Jeśli w okresie ciąży nie następują żadne istotne zdarzenia (choroby, wypadki itp.) ryzyko ciążowe nie ulega zmianie i dlatego nie jest to formalnie odnotowywane, ale nieustannie jest monitorowane. Ponadto wszystkie pacjentki podczas pierwszej wizyty są ustnie informowane o możliwości wykonania badań w kierunku wad genetycznych, a jeśli występują przesłanki (chore dzieci, wszelkie geny patologiczne w rodzinie kobiety bądź jej partnera itp.) ciężarne otrzymują pisemne skierowanie na takie badanie. Ponieważ

żadna z kobiet nie kwalifikowała się do takiego badania nie było zapisów w tym zakresie. Ponadto z wyjaśnień Partnera reprezentującego spółkę wynika, że przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w części teoretycznej faktycznie realizowane jest na każdej wizycie ciężarnej, w zależności od zgłaszanych z jej strony uwag, natomiast ze względu na ograniczony czas nie zawsze może być to odnotowywane. Ponadto teoretycznemu przygotowaniu służą rozdawane ciężarnym pisemne informacje w tym okazana kontrolerowi NIK tzw. karta ciąży. Zdaniem Partnera reprezentującego spółkę nie ma natomiast ani czasu, ani warunków, a w wielu przypadkach również nie występują potrzeby (przede wszystkim, gdy jest to kolejna ciąża pacjentki) w zakresie praktycznego przygotowania ciężarnej do ww. sytuacji. Wyjaśniła też, iż nie jest tworzone formalne skierowanie do położnej, ponieważ zatrudniona w Poradni położna jest jednocześnie położną w POZ w Czarnej Białostockiej i automatycznie obejmuje taką osobę swoją opieką (zdecydowana większość pacjentek Poradni jest tak obsługiwana). Ciężarne spoza terenu gminy, po wypełnieniu planu porodu (ok. 20. tygodnia ciąży), ustnie informuje się o potrzebie zgłoszenia do właściwej miejscowo położnej, która powinna potwierdzić ten fakt na dole przekazanego jej formularza. W dokumentacji medycznej ciężarnych spoza terenu gminy Czarna Białostocka nie było potwierdzenia o objęciu opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż – jak wyjaśniła Partner reprezentująca spółkę – ciężarne nie dostarczają takich potwierdzeń. Wyjaśniła również, że nie dokumentowano stworzenia planu opieki przedporodowej, gdyż ciężarnym rozdawano okazane kontrolerowi NIK formularze tzw. kart ciąży, które zawierają wszystkie ww. elementy. Poradnia nie dysponuje kopią ww. kart ciąży, ponieważ byłoby to zbędne dublowanie danych (wpisów) zawartych w dokumentacji pacjentki. Zgodnie jednak z rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej (część IV, pkt 3 załącznika do rozporządzenia), plan opieki przedporodowej powinien być dołączany do dokumentacji medycznej, zaś osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać ciężarnej kopię planu opieki przedporodowej. Zdaniem Partnera reprezentującego spółkę w rzeczywistości plany porodu były sporządzane. Każdorazowo w trakcie pierwszej wizyty (najczęściej ma to miejsce do 10. tygodnia ciąży) sporządzana jest ocena ryzyka ciążowego w postaci autorsko opracowanego formularza pn. „*Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych*”. Na drugiej stronie tego formularza znajduje się „*plan porodu*” obejmujący wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i planowane miejsce porodu, który ze względu na podwyższone ryzyko poronienia w pierwszym okresie ciąży wypełniany jest dopiero po 20. tygodniu. Podpis na pierwszej stronie ww. formularza zdaniem Partnera reprezentującego spółkę odnosił się również do tzw. „*planu porodu*”.

(dowód: akta kontroli str. 68-221)

Zgodnie z § 41 ust. 4 pkt 4 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁵, historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawierać powinna informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach oraz opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, do których zaliczają się m.in. ww. świadczenia profilaktyczne. Ponadto karta przebiegu ciąży w części dotyczącej porad ambulatoryjnych powinna zawierać również informację o dokonanej każdorazowo ocenie czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu (§ 42 ust. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nie wykonano badania piersi u 22 pacjentek (44%) spośród 50 losowo wybranych, którym w 2016 roku udzielono świadczeń zdrowotnych z powodów innych niż ciąża. Badanie piersi jest jednym z podstawowych badań podmiotowych, które powinno być wykonywane w gabinecie ginekologicznym¹⁶. Partner reprezentująca spółkę wyjaśniła, że jeśli chodzi o brak adnotacji o badaniu bądź propozycji badania piersi u niektórych pacjentek to należy zaznaczyć, iż lekarzem pierwszego kontaktu w tym zakresie są lekarze POZ i to oni proponują badania piersi, a także kierują na takie badania. Oczywiście jeśli pacjentka zgłasza Poradni jakkolwiek

¹⁵ Dz. U. poz. 2069.

¹⁶ „Położnictwo i ginekologia” pod redakcją Grzegorza H. Bręborowicza (tom 2). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Ocena cząstkowa

problem w tym zakresie to Poradnia sprawdza, a w wypadku wystąpienia wątpliwości przekierowuje na takie badanie, natomiast w przypadku niezgłaszania dolegliwości nie bada, ani nie składa takich propozycji, stąd u ww. pacjentek nie odnotowano w dokumentacji takich zapisów. Ponadto zdarza się, że niektóre pacjentki informują, że badania mammograficzne były już wykonane i doniosą je do Poradni, ale ostatecznie tego nie robią. (dowód: akta kontroli str. 66-71)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie niewykonywanie zalecanych badań kobietom w ciąży oraz niedokumentowanie realizacji niektórych z nich. Wskazuje także na potrzebę badania piersi pacjentkom, którym z innych niż ciąża powodów udzielane są w Poradni świadczenia zdrowotne. Pozytywnie NIK ocenia objęcie wszystkich pacjentek profilaktycznym badaniem w kierunku wykrywania raka szyjki macicy.

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 Kontroli¹⁷, wnosi o:

1. Wykonywanie pacjentkom w ciąży wszystkich świadczeń profilaktycznych, badań i konsultacji zalecanych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz dokumentowanie udzielenia tych świadczeń.
2. Prowadzenie list oczekujących na świadczenia medyczne zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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.

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 14 kwietnia 2017 r.

Kontroler
Adrian Gosk
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

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

.....
podpis

¹⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 524. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.