



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA w KRAKOWIE

NR EWID. 49/2011/P10144/LKR

INFORMACJA O WYNIKACH KONTROLI REALIZACJI ZADAŃ POŁOŻNYCH ŚRODOWISKOWYCH W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Kraków, czerwiec 2011 r.





Misją

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

Wizją

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Dyrektor NIK Delegatury w Krakowie:
Jolanta Stawska

Zatwierdzam:
Stanisław Jarosz

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

dnia: 31 maja 2011 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
tel./fax: (22) 444-50-00

www.nik.gov.pl





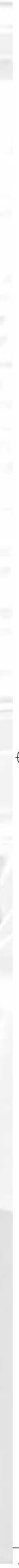
SPIS TREŚCI

I. WPROWADZENIE	5
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	9
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	11
2.2. Uwagi i wnioski	12
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	13
3.1. Zapewnienie dostępu do świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej na terenie kontrolowanych województw	15
3.1.1. Zadania położnej i czynniki warunkujące dostęp do jej świadczeń	15
3.1.2. Liczba świadczeniodawców i kontraktowanie świadczeń	19
3.2. Realizacja świadczeń przez położne podstawowej opieki zdrowotnej	21
3.2.1. Kwalifikacje i warunki wykonywania świadczeń	21
3.2.2. Organizacja pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej i zapewnienie dostępności świadczeń	22
3.2.3. Dokumentowanie pracy położnej i jej wpływ na rozliczenia z Funduszem	23
3.2.4. Zapewnienie jakości wykonywanych zadań	24
3.3. Kontrola i analiza rozliczeń świadczeniodawców pod kątem właściwej realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia	26
3.3.1. Weryfikacja rozliczeń położnych przy wykorzystaniu baz danych oddziałów wojewódzkich	26
3.3.2. Kontrole prawidłowości realizacji kontraktów	27
3.3.3. Wydatki na świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej i ich struktura	28
3.3.3.1. Wydatki ponoszone w ramach stawki kapitałowej	29
3.3.3.2. Wydatki ponoszone poza stawką kapitałową	30
4. ZAŁĄCZNIKI	33
4.1. Podstawy sporządzania informacji pokontrolnej	35
4.2. Rezultaty finansowe kontroli	36
4.3. Wydatki na świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2009 – 2010	37
4.4. Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność	40
4.5. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanego obszaru	42
4.6. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	44

Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2011 r.

Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2011 r.







I

WPROWADZENIE





Kontrola realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej została podjęta z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetowych kierunków kontroli na lata 2009 – 2011 *Państwo sprawne i przyjazne obywatelowi – dostępność i jakość świadczeń medycznych; przekształcenia organizacyjne w systemie publicznej ochrony zdrowia*.

Kontrole w oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK¹, pod względem legalności, gospodarności, rzetelności i celowości. Podmioty niepubliczne wykonujące świadczenia, udzielane przez położne poz skontrolowano na podstawie art. 2 ust. 3 pkt 6 ustawy o NIK, pod względem kryterium legalności i gospodarności, a podmioty, których organem założycielskim była jednostka samorządu terytorialnego – na podstawie art. 2 ust. 2 tej ustawy, przy zastosowaniu kryterium legalności, gospodarności i rzetelności.

Celem kontroli była ocena wykonywania przez położne środowiskowe zadań w zakresie komple-

sowej opieki położniczo-ginekologiczno-neonatologicznej oraz ocena efektywności systemu kontraktowania i finansowania tych świadczeń. Uzasadnieniem podjęcia kontroli był istotny wzrost wydatków na badane świadczenia, który w latach 2008 – 2009 wyniósł ponad 35% w skali kraju, przy niezmienionym katalogu zadań położnej poz.

Kontrolę przeprowadzono w II połowie 2010 r. w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ (Katowice, Kraków, Opole, Wrocław i Zielona Góra) oraz u dwudziestu dwóch świadczeniodawców, po czterech na terenie województw: dolnośląskiego, lubuskiego, opolskiego i śląskiego oraz sześciu w województwie małopolskim.

Kontrolą objęto lata 2008 – 2010, przy czym w informacji wykorzystano również dane statystyczne i finansowe za 2010 r., uzyskane z kontrolowanych oddziałów wojewódzkich NFZ oraz z Centrali NFZ w Warszawie po zakończeniu kontroli.

¹ Dz. U z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.





2

PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI







2.1.

OGÓLNA OCENA KONTROLOWANEJ
DZIAŁALNOŚCI

Pomimo, że Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje rocznie ogółem około 260 mln złotych na świadczenia położnych podstawowej opieki zdrowotnej („poz”), to w ramach tej kwoty zaledwie 15% stanowi zapłata za faktycznie wykonane usługi medyczne i opiekuńcze, a pozostałe 85% przekazywane jest zakładom opieki zdrowotnej i praktykom położnych za gotowość do udzielania świadczeń. Dzieje się tak, ponieważ funkcjonujący system finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oparty jest o stawkę kapitacyjną, a wysokość kwot wypłacanych poszczególnym świadczeniodawcom jest uzależniona prawie wyłącznie od liczby złożonych do nich deklaracji pacjentów. Tymczasem świadczenia objęte stawką kapitacyjną, które powinny być wykonywane głównie w warunkach ambulatoryjnych, nie są realizowane wcale lub w bardzo ograniczonym zakresie. Zasadnicza działalność położnych polega na opiece nad noworodkiem i kobietą w okresie porodu, prowadzonej w formie wizyt patronażowych, które od 2009 r., podobnie jak świadczenia w edukacji przedporodowej i opiece pooperacyjnej, są finansowane odrębnie. Wydatki NFZ na te usługi wyniosły w ostatnich dwóch latach łącznie ponad 75 mln zł.

O ile sposób kontraktowania świadczeń położnych poz stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia prawidłowy wybór świadczeniodawcy, to już poza kontrolą pozostaje faktyczne spełnianie warunków udzielania świadczeń w trakcie realizacji kontraktu. Ze względu na fakt, iż wydatki na te usługi są znikome w porównaniu z innymi wydatkami Funduszu, a zasoby kadrowe nie dają możliwości systematycznej kontroli, realizacja kontraktów na usługi położnych poz pozostaje poza jego bieżącym zainteresowaniem. Stosowane przez kontrolowane oddziały NFZ metody weryfikacji

danych o świadczeniach udzielanych przez położne poz, nie są skuteczne.

Wyniki kontroli uprawniają do stwierdzenia, że funkcjonujący system finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez stawkę kapitacyjną, nie promuje aktywności świadczeniodawców w stosunku do pacjentów, przesądając o wydatkowaniu znacznych kwot środków publicznych w całkowitym oderwaniu od ich kosztów, jakości, czy w ogóle realizacji usług. Nie uwzględnia on także zróżnicowania dostępności, a co za tym idzie kosztów świadczeń, na terenach miejskich i wiejskich. Wyłączenie ze stawki kapitacyjnej i odrębne finansowanie trzech najpopularniejszych świadczeń położnych, tj. edukacji przedporodowej, wizyt patronażowych i opieki pooperacyjnej, powoduje, że pierwotny system stracił swoje uzasadnienie.

Wyniki kontroli NIK wykazały zarówno nieprawidłowości formalne w organizacji udzielania świadczeń, mogące wpływać na ich jakość i dostępność, jak też nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej. W dokumentacji często brakowało nie tylko niezbędnych informacji o stanie zdrowia kobiety i noworodka, ale i danych o wykonanych świadczeniach, co uniemożliwiło ich rzetelne rozliczenie.

Dlatego NIK ocenia negatywnie funkcjonowanie systemu finansowania świadczeń położnej poz. Nie gwarantuje on wydatkowania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, do czego Fundusz jako jednostka sektora finansów publicznych zobowiązany jest na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych².

² Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.





2.2. UWAGI I WNIOSKI

Wyniki kontroli uzasadniają konieczność podjęcia przez Prezesa NFZ działań zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych na świadczenia położnej poz. Zmiany sposobu finansowania tych świadczeń powinny obejmować ich jednoznaczne powiązanie z zadaniami położnej poz ustalonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia, uwzględniać zróżnicowanie warunków pracy położnych na terenach

wiejskich i miejskich, jak również promować aktywność wobec pacjentów.

Jednocześnie dla zapewnienia prawidłowej realizacji zadań położnych poz, w tym właściwej jakości świadczeń wykonywanych zarówno w formie wizyt domowych, jak i w gabinecie, należy zweryfikować dotychczasowe zasady kontroli oraz monitorowania kontraktów przez oddziały wojewódzkie NFZ.





3

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI





3.1.

ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO
ŚWIADCZEŃ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TERENIE
KONTROLOWANYCH WOJEWÓDZTW3.1.1. ZADANIA POŁOŻNEJ I CZYNNIKI WA-
RUNKUJĄCE DOSTĘP DO JEJ ŚWIAD-
CZEŃ

Położna poz, zwana też często środowiskową/rodzinną, realizuje kompleksową opiekę nad kobietą w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii w każdym okresie jej życia, szczególnie

uwzględniając opiekę: w okresie dojrzewania, ciąży, okołoporodową, w schorzeniach ginekologiczno-onkologicznych oraz nad noworodkiem do ukończenia drugiego miesiąca życia. Świadczenia te wykonywane są na podstawie złożonej, pisemnej deklaracji ubezpieczonego („deklaracja wyboru”)³.

PODSTAWOWE ZADANIA I ŚWIADCZENIA
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ⁴

PROMOCJA ZDROWIA I PROFILAKTYKA

Działalność profilaktyczną położne poz realizują przede wszystkim w formie wizyt edukacji przedporodowej, które realizowane są w oparciu o specjalny program edukacyjny. Poza tym do położnej należy:

- edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety,
- przygotowanie do porodu, z uwzględnieniem porodu rodzinnego,
- poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie połogu,
- poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia,
- poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią,
- kształtowanie postaw rodzicielskich,
- edukacja i udzielanie porad w zakresie powrotu do płodności po porodzie, metod regulacji płodności,
- profilaktyka chorób ginekologicznych i patologii położniczych,
- edukacja kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego,
- edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową,
- profilaktyka chorób wieku rozwojowego,
- edukacja w zakresie szczepień ochronnych.

³ Art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

⁴ Zadania i świadczenia położnej określone są w: załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej

podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 139 ze zm.) oraz w zarządzeniu Nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2010 r.

OPIEKA NAD NOWORODKIEM I KOBIETĄ W OKRESIE POŁOGU

Opieka nad noworodkiem i kobietą w okresie połogu jest realizowana w formie wizyt patronażowych, wykonywanych przez położną do czasu ukończenia przez dziecko 2 miesiąca życia. Położna powinna w tym czasie przeprowadzić od 4 do 6 takich wizyt, przy czym pierwsza wizyta powinna nastąpić w ciągu 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. W ramach wizyt patronażowych położna poz powinna w szczególności przeprowadzić:

- postępowanie umożliwiające tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią,
- pomiary masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej,
- profilaktykę zakażeń przedniego odcinka oka,
- obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydaliny, wydzieliny, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów,
- ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia,
- wykrywanie objawów patologicznych,
- ocenę relacji rodziny z noworodkiem,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samokontroli,
- promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców,
- identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie,
- formułowanie diagnozy i ustalenie hierarchii podejmowanych działań.

Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

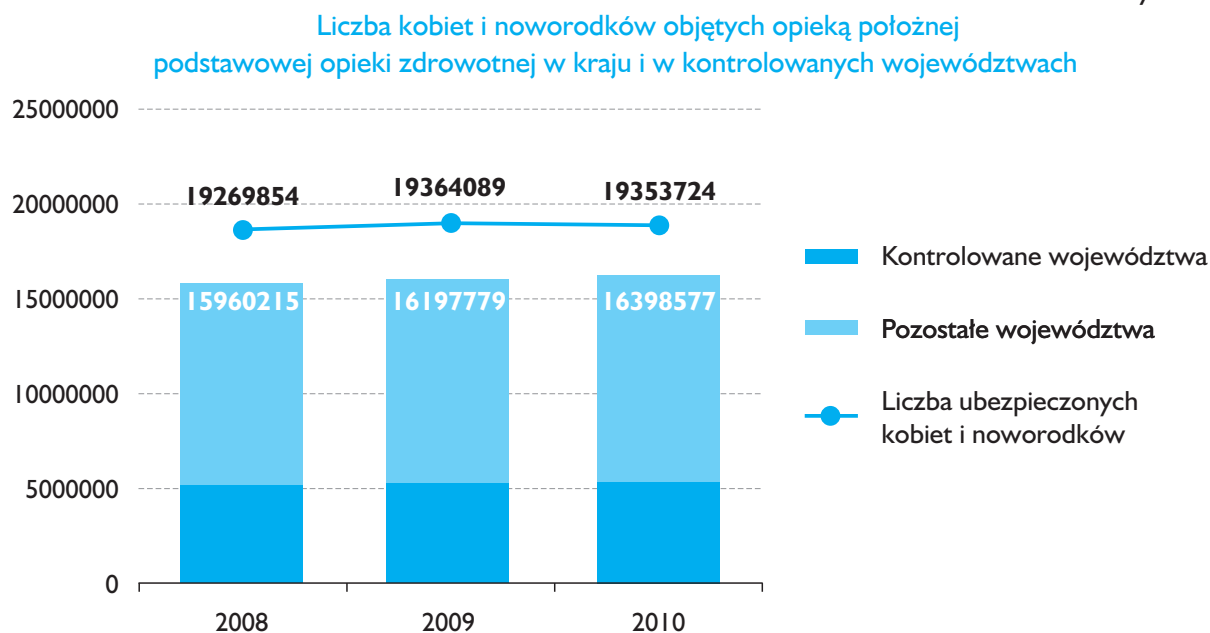
OPIEKA POOPERACYJNA

Do zadań położnej poz należy również pooperacyjna opieka pielęgnacyjna nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, wykonywana na podstawie skierowania lekarza zawartego w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Opieka ta obejmuje okres od momentu wypisu ze szpitala do czasu całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej.

Z badań kontrolnych NIK wynika, że zdecydowana większość kobiet i noworodków pozostaje formalnie pod opieką położnej poz. Najlepsza sytuacja pod tym względem jest w województwach z silnymi ośrodkami przemysłowymi i naukowymi, o dużej gęstości zaludnienia. Niemniej jednak występują tereny, jak np. województwo opolskie, na których opieką położnych objęto niewiele ponad

połowę ubezpieczonych kobiet i noworodków (54,5%), głównie z powodu braku położnych. Przyczyną stałego wzrostu liczby kobiet i noworodków objętych opieką położnej są nowe deklaracje składane przez kobiety w związku z urodzeniem dziecka. Noworodki płci żeńskiej pozostają pod opieką położnej również po zakończeniu dwumiesięcznego okresu opieki.

Wykres nr 1



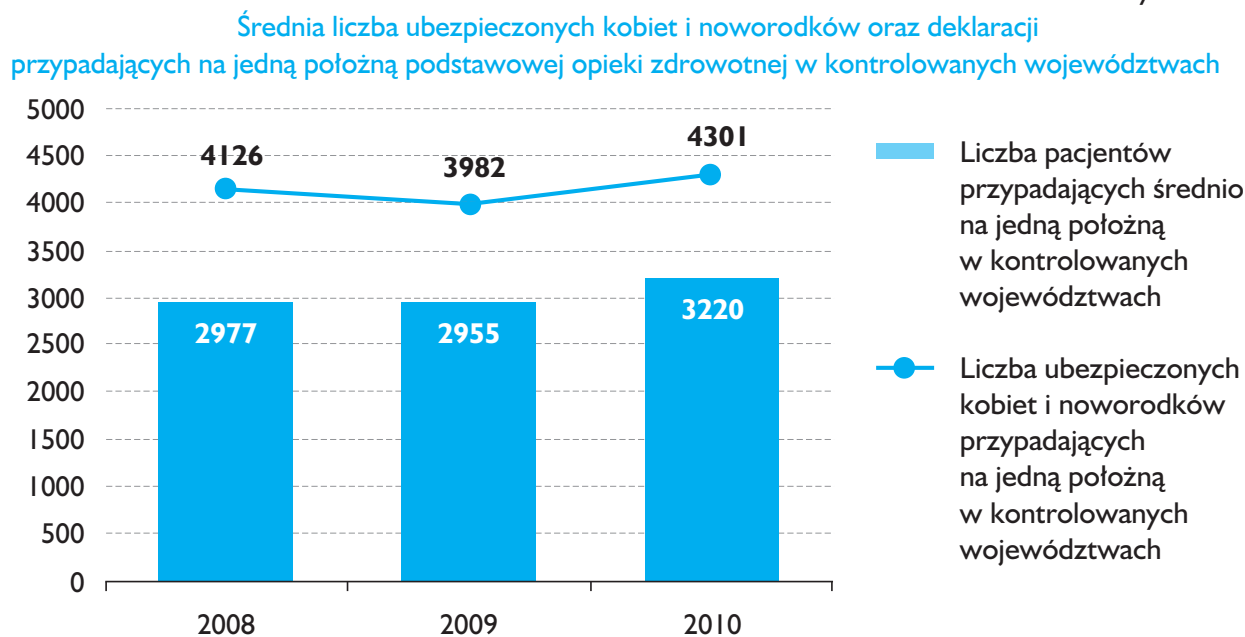
Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich i centrali NFZ za lata 2008 – 2010

Fakt, że zdecydowana większość (w kraju – 84,7%, w kontrolowanych województwach – 83,2%) ubezpieczonych kobiet złożyła deklaracje wyboru położnej poz nie oznacza objęcia ich rzeczywistą opieką położnej. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek 22 kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców wskazują, że większość z nich kojarzy opiekę położnej wyłącznie z opieką w okresie porodu i nad

noworodkiem, nie mając wiedzy o pełnym zakresie przysługujących świadczeń. Większość ankietowanych kobiet nie znała adresu i numeru telefonu położnej, a znaczna ich część w ogóle nie pamiętała okoliczności złożenia deklaracji wyboru położnej.

W latach 2008 – 2010 średnia liczba pacjentek położnej poz zmniejszyła się o 16%, co wiązało się przede wszystkim ze wzrostem o ponad 22%

Wykres nr 2



Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich i centrali NFZ za lata 2008 – 2010

liczby położnych poz. W kontrolowanych województwach sytuacja była jednak inna – wszędzie średnia liczba pacjentek przypadających na jedną położną zwiększyła się, przy czym skala wzrostu była bardzo różna – od 0,4% w województwie dolnośląskim do 13,6% w województwie małopolskim. Nowymi pacjentkami położnych poz były niemal wyłącznie kobiety, które w kontrolowanym okresie urodziły dziecko i noworodki płci żeńskiej. Wyniki przeprowadzonej przez NIK ankiety wskazują, że świadomość samego faktu złożenia deklaracji wyboru położnej, a tym bardziej świadomość uprawnień z tym związanych jest wśród ubezpieczonych kobiet bardzo niska. Potwierdzają to wyniki ankiety dostępności świadczeń położnej poz, przeprowadzonej wśród pacjentek rozliczanych wyłącznie w formie stawki kapitałowej. Spośród 6 307 tego typu ankiet skierowanych do pacjentek, wypełniono i odesłano do NIK zaledwie 1 041 (16,5%). Na niską zwrotność ankiet miał niewątpliwie wpływ brak świadomości pacjentek, że złożyły one deklarację do położnej poz, co potwierdziły liczne telefony do NIK w sprawie ankiet oraz przypadki odesłania niewypełnionej ankiety z adnotacją typu „mnie to nie dotyczy”. Ponadto ok. 3% wysłanych ankiet zwrócono ze względu na niezamieszkiwanie danej pacjentki pod adresem wskazanym położnej. Aż 29,6% ankietowanych nie pamiętało okoliczności złożenia deklaracji wyboru położnej poz. Najwięcej pacjentek dokonało wyboru położnej przy okazji wyboru lekarza/pielęgniarki poz (41,9%) oraz w związku porodem (25,3%). Na podstawie skierowania lekarza, opieką położnej objętych było zaledwie 1,3% ankietowanych pacjentek.

Na koniec 2009 r. uprawnionych do wykonywania zawodu położnej było 33 900 osób, tj. blisko o 2% więcej niż w roku poprzednim. W placówkach ochrony zdrowia pracowało 21 999 położnych, tj. o 1% więcej niż w roku poprzednim, przez co wskaźnik liczby położnych przypadających na 10 tys. ludności wzrósł z 5,7 do 5,8⁵. Według danych udostępnionych NIK przez NFZ liczba osób wykonujących świadczenia położnej poz w kraju wzrosła z 4 901 w 2008 r. do 5 997 w 2010 r., tj. o 22,4%⁶. Z ustaleń kontroli NIK wynika, że władze gmin nie zwracały się do oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawach związanych z zapewnieniem dostępu do świadczeń położnej na ich terenie, pomimo że do ich kompetencji należy podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdro-

wia mieszkańców gminy w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej⁷. Oddziały wojewódzkie NFZ także nie prowadziły analizy dostępu do świadczeń położnej poz na swoim terenie, a przy zawieraniu kontraktów kierowano się, wynikającą z obowiązujących przepisów, zasadą zawierania umowy z każdym wnioskodawcą, który spełnia określone wymogi, niezależnie od jego lokalizacji⁸.

Tymczasem kontrola wykazała, że nie we wszystkich gminach na terenie kontrolowanych województw zapewniono opiekę położnej poz. Analiza dostępności położnej poz dokonana na przykładzie 12 gmin małopolskich⁹ i 10 gmin z każdego z czterech pozostałych województw¹⁰ objętych kontrolą potwierdziła, że najlepszy dostęp do świadczeń mają mieszkanki dużych miast i ośrodków miejsko-wiejskich, w których znajdują się zakłady opieki zdrowotnej. W trzech spośród 10 analizowanych miast liczba pacjentek, które złożyły deklarację do położnej poz (według stanu na koniec czerwca 2010 r.) była nawet większa niż liczba ubezpieczonych kobiet i noworodków w danym mieście: we Wrocławiu o 12,6%, a w dwóch małopolskich miastach: Gorlicach i Bochni, odpowiednio o 3,5% i 40,2% – co głównie wynikało z faktu objęcia opieką przez położne poz osób z gmin ościennych, w których nie zagwarantowano świadczeń położniczych. Z kolei spośród 52 analizowanych gmin wiejskich świadczenia położnej poz nie były zakontraktowane na terenie 5 gmin¹¹. Pacjentki z tych gmin zmuszone były do korzystania ze świadczeń w gminach ościennych¹².

Pacjentki z gminy Bochnia w województwie małopolskim w przeważającej części objęte były opieką położnych poz z miasta Bochnia. Opiekę nad 54,5% kobiet i noworodków z gminy Jejkowice w województwie śląskim sprawowały położne z gmin ościennych.

⁷ Art. 7 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁸ Art. 159 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁹ 2 gminy miejskie, 3 miejsko-wiejskie i 7 wiejskich.

¹⁰ Po 2 gminy miejskie, 3 miejsko-wiejskie i 5 wiejskich w województwach: dolnośląskim, lubuskim, opolskim i śląskim.

¹¹ Gmina Gromadka w województwie dolnośląskim, gminy Bytnica i Lubrza w województwie lubuskim, gmina Bochnia w województwie małopolskim i gmina Jejkowice w województwie śląskim.

¹² W piśmie znak: KK/23/04/11 z dnia 14 kwietnia 2011 r. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego wskazał Prezesowi NFZ na różnice w kosztach świadczeń położnej poz udzielanych na terenie wiejskim i miejskim, a tym samym zasadność zróżnicowania stawki kapitałowej bądź ceny za wizytę, co wpłynęłoby na poprawę dostępności tych świadczeń na terenach wiejskich.

⁵ Dane według Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z 2008 r., 2009 r. i 2010 r.

⁶ Pismo Prezesa NFZ znak CF/DSOZ/2011/076/0277/W/07766/HKL z dnia 23 marca 2011 r.

3.1.2. Liczba świadczeniodawców i kontraktowanie świadczeń

Świadczenia położnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane są na podstawie umowy zawieranej pomiędzy oddziałem wojewódzkim NFZ i świadczeniodawcą, spełniającym warunki określone przez Prezesa Funduszu¹³. W kontrolowanym okresie warunki te były ustalane na dany rok kalendarzowy zarządzeniami w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Świadczenia położnej poz mogą być wykonywane w ramach grupowej bądź indywidualnej praktyki¹⁴ oraz w zakładach opieki zdrowotnej¹⁵.

W kontrolowanym okresie, 93% świadczeniodawców w badanych województwach stanowiły zakłady opieki zdrowotnej, które zatrudniały położne bądź zlecały im wykonywanie świadczeń w drodze umów cywilnoprawnych. Z wypowiedzi położnych w trakcie kontroli NIK wynika, że ich niechęć do prowadzenia samodzielnych praktyk wiąże się przede wszystkim z niską oceną własnych możliwości prowadzenia działalności gospodarczej, wymagającej in-

dywidualnego rozliczania podatków i ubezpieczeń oraz sporządzania rozliczeń i sprawozdań dla NFZ (w formie elektronicznej).

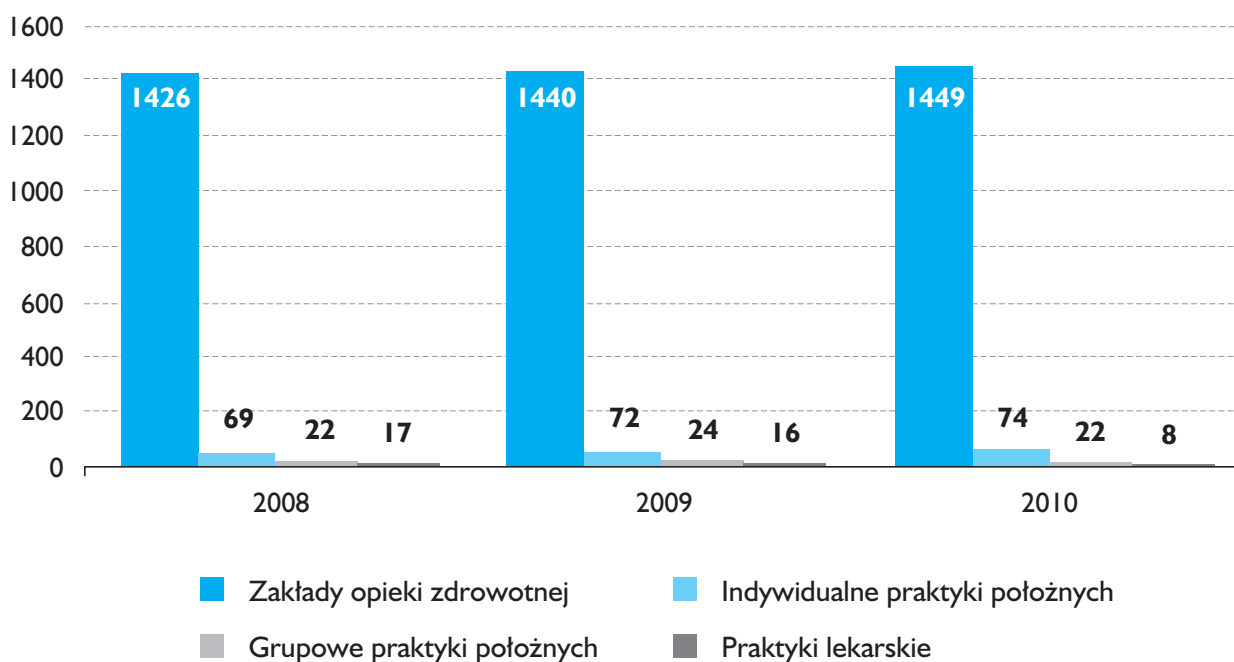
W województwach śląskim i dolnośląskim kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej stanowiły ok. 98% kontraktów na świadczenie usług położnych poz. W województwie małopolskim udział ten wynosił ok. 88%, a w województwach lubuskim i opolskim, odpowiednio ok. 77 i 70%.

W dwóch województwach stwierdzono nieprawidłowości polegające na zawieraniu kontraktów z grupowymi i indywidualnymi praktykami lekarskimi. W województwie śląskim świadczenia w zakresie położnictwa w latach 2008 – 2010 wykonywało odpowiednio 11, 10 i 2 takich świadczeniodawców, co stanowiło 1,7%, 1,6% i 0,3% kontraktów obowiązujących wówczas w województwie. Natomiast w województwie opolskim w okresie tym świadczenia położnej poz wykonywało 6 praktyk lekarskich, co stanowiło aż 10% wszystkich świadczeniodawców w tym zakresie.

Oddziały wojewódzkie NFZ zbyt rzadko korzystały z możliwości przeprowadzania wizytacji, służą-

Wykres nr 3

Struktura kontraktów na świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej w kontrolowanych województwach, według formy organizacyjnej świadczeniodawców



Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich NFZ

¹³ Art. 5 pkt 28, art. 159 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁴ Art. 24 a ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.).

¹⁵ Art. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).



cych weryfikacji zdolności do realizacji świadczeń przez podmiot ubiegający się o zawarcie z NFZ kontraktu na świadczenie usług położnych poz¹⁶. Szczegółową kontrolą objęto 31 postępowań o zawarcie kontraktu na terenie działania pięciu oddziałów NFZ. Spośród poddanych kontroli ośmiu postępowań wobec podmiotów, które po raz pierwszy ubiegały się o kontrakt w zakresie położnictwa poz, wizytacje przeprowadzono w siedmiu przypadkach, przy czym jedna z nich przeprowadzona przez pracowników OOW NFZ w Opolu nie miała znaczenia dla prowadzonego postępowania, gdyż odbyła się już po zawarciu umowy. Wizytacji nie przeprowadzono jednego świadczeniodawcy z terenu działania ŚOW NFZ w Katowicach. W 23 pozostałych analizowanych postępowaniach dotyczących podmiotów, z którymi wcześniej kontraktowano świadczenia, w ogóle nie przeprowadzono wizytacji, gdyż zdaniem oddzia-

łów wojewódzkich Funduszu nie zaszły żadne wątpliwości wymagające zweryfikowania (brak skarg pacjentów).

W ocenie NIK niekorzystanie przez oddziały wojewódzkie NFZ z możliwości przeprowadzania wizytacji u świadczeniodawców, sprzyjało nawarstwianiu się nieprawidłowości w organizacji i wykonywaniu zadań położnej poz. Kontraktowanie świadczeń, w którym uczestniczą w zdecydowanej większości dotychczasowi świadczeniodawcy, następuje w oddziałach z reguły w cyklach trzyletnich, a za zgodą Prezesa Funduszu nawet czteroletnich¹⁷, co miało miejsce w kontrolowanych województwach. Brak wizytacji w tych przypadkach, przy jednoczesnym braku bądź ograniczonej kontroli tego typu świadczeniodawców wpływa, w ocenie NIK, na skalę nieprawidłowości opisanych szczegółowo w pkt 3.2. niniejszej informacji.

¹⁶ Zgodnie z zarządzeniami Prezesa Funduszu w sprawie kontraktowania świadczeń poz, obowiązującymi na lata 2008 – 2010, przy rozpatrywaniu wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania – Fundusz zastrzegł sobie prawo przeprowadzenia u wnioskującego wizytacji (§ 70 zarządzenia nr 69/2007/DSOZ, § 51 zarządzenia nr 105/2008/DSOZ i § 47 zarządzenia nr 72/2009/DSOZ).

¹⁷ Art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3.2. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ PRZEZ POŁOŻNE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.2.1. Kwalifikacje i warunki wykonywania świadczeń

Kontrola wykazała, że aż dwanaście z dwudziestu dwóch kontrolowanych podmiotów udzielających świadczeń w zakresie położnictwa poz nie spełniło podstawowych wymogów formalno-prawnych upoważniających do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ. Tylko dwóch świadczeniodawców w tym zakresie oceniono pozytywnie. Pozostałych oceniono pozytywnie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości (dwanaście przypadków) oraz negatywnie (sześciu świadczeniodawców)¹⁸.

Do najczęściej występujących nieprawidłowości należały w szczególności:

- ✓ prowadzenie działalności bez opinii Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego potwierdzającej, że świadczenia są udzielane w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń, odpowiadających wymogom technicznym i sanitarnym¹⁹. W toku kontroli stwierdzono, że siedmiu świadczeniodawców nie posiadało takiej opinii, z czego: pięciu nie posiadało jej wcale, a w dwóch przypadkach opinie te nie dotyczyły gabinetu położnej poz;

Jeden ze świadczeniodawców prowadził działalność na podstawie pozytywnej opinii Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nysie, zgodnie z którą świadczenia medyczne udzielane miały być wyłącznie w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta. Uniemożliwiało to wykonywanie przez położną świadczeń ambulatoryjnych, zakontraktowanych przez OOW NFZ w Opolu.

- ✓ wykonywanie świadczeń przez położne nieposiadające kwalifikacji do działalności w ramach podstawowej opieki zdrowotnej²⁰. Sytuacja taka wystąpiła w dwóch kontrolowanych podmiotach, których położne nie ukończyły, ani nie rozpoczęły kursów specjalistycznych uprawniających do świadczeń w poz;

W ZOZ MSWiA w Zielonej Górze jedna z położnych pomimo braku wymaganych kwalifikacji od 2004 r. wykonywała świadczenia w zakresie położnictwa poz. We wnioskach o zawarcie umowy z Funduszem wykazywano, że położna ta ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, co w trakcie kontroli tłumaczono błędnym zakwalifikowaniem innego kursu. W Miejskim ZOZ w Łędzinach położna rozpoczęła kurs kwalifikacyjny ponad dwa lata od rozpoczęcia udzielania przez nią świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

¹⁸ Większość nieprawidłowości stwierdzonych przez NIK w tym zakresie zostało usuniętych w trakcie kontroli.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarstwa i położnictwa oraz wymagań jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 56, poz. 397) lub rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).

²⁰ Art. 5 pkt 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- ✓ niezapewnienie podstawowych warunków do wykonywania świadczeń w gabinecie i w środowisku²¹. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono u wszystkich kontrolowanych świadczeniodawców. Dwóch świadczeniodawców nie posiadało wcale gabinetu, a sposób organizacji bądź wyposażenia gabinetów położnej dalszych osiemnastu świadczeniodawców uniemożliwiał lub w znaczący sposób utrudniał wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych. Prawdłowo wyposażone nesesery położnej poz, wykorzystywane do pracy w środowisku, posiadało zaledwie siedmiu kontrolowanych świadczeniodawców. Poza licznymi brakami dotyczącymi środków ochrony osobistej i zestawów opatrunkowych i pielęgnacyjnych, stwierdzono również przypadki braku przyrządów medycznych, części leków wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego oraz występowanie leków przeterminowanych;

Gabinet położnej poz w SP ZOZ Miejsko-Gminnym Ośrodku Zdrowia w Sońcowicach posiadał zaledwie 4 z 15 wymaganych elementów wyposażenia, tj.: biurko, telefon, aparat do pomiaru tętniczego krwi i słuchawkę położniczą.

Położne Grupowej Praktyki Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Nysie nie posiadały w ogóle neseserów. W trakcie kontroli jedna z nich wyjaśniła, że: „nie kompletowałam tego nesesera bo uważam, że to jest bezsens, nie ma potrzeby żeby położna nosiła ze sobą całe wyposażenie. Noszę ze sobą rękawiczki i gaziki. Nie potrzebuję maseczki ochronnej bo jestem zdrowa.”

- ✓ niezapewnienie pacjentkom rzetelnej informacji o udzielanych świadczeniach wewnątrz i na zewnątrz budynku²². Nieprawidłowości te stwierdzono aż u dwudziestu świadczeniodawców, a polegały one głównie na braku informacji dotyczących: zasad zapisów na porady i wizyty z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń.

W ocenie NIK nieprawidłowości te mogły mieć wpływ na znikomą liczbę, a w większości przypadków całkowity brak świadczeń ambulatoryjnych. Pacjentki, nie informowane o możliwości uzyskania porady w gabinecie położnej, a także o miejscu, terminie i osobach, które mogą jej udzielić, nie były świadome przysługujących im praw i nie miały możliwości skorzystania z usług położnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych.

3.2.2. Organizacja pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej i zapewnienie dostępności świadczeń

Pacjentki mogą korzystać ze świadczeń położnej poz od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ – 18⁰⁰, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zarówno w gabinecie, jak i w środowisku²³.

Kontrola wykazała, że organizacja pracy większości położnych nie zapewniała należytej dostępności świadczeń, w szczególności w warunkach ambulatoryjnych. Nieprawidłowości w tym obszarze polegały przede wszystkim na wykonywaniu świadczeń w oderwaniu od harmonogramu, który stanowił integralną część umowy z Funduszem. Stwierdzono nakładanie się godzin pracy położnej w gabinecie z godzinami pracy w środowisku, nieobecność położnej w gabinecie w godzinach wyznaczonych w harmonogramie oraz niezgłaszanie zastępstw i nieobecności do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Z ustaleń kontroli wynika, że świadczenia w warunkach ambulatoryjnych nie były wykonywane wcale lub w bardzo ograniczonym zakresie, a zasadnicza działalność położnych polegała na opiece nad noworodkiem i kobietą w okresie połogu realizowaną w formie dodatkowo płatnych wizyt patronażowych. Świadczy to o nieprzestrzeganiu przez większość kontrolowanych podmiotów obowiązku zapewnienia dostępności świadczeń realizowanych w gabinecie, pomimo iż gotowość do udzielania tych świadczeń jest opłacana stawką kapitacyjną.

Sposób zapewnienia dostępności świadczeń dla pacjentów oceniono negatywnie aż u dziewięciu kontrolowanych świadczeniodawców. Jedenastu świadczeniodawców oceniono pozytywnie pomimo stwierdzenia nieprawidłowości, a dwóch – pomimo stwierdzonych uchybień.

²¹ Załącznik nr 3a do zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ Prezesa NFZ i załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

²³ Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r.

Aż 50% objętych badaniem świadczeniodawców nie wykonało w I półroczu 2010 r. żadnej wizyty ambulatoryjnej. W pozostałych przypadkach liczba takich świadczeń wynosiła od kilku do kilkunastu. W 13 postępowaniach kontrolnych stwierdzono, że położne nie prowadzą ewidencji porad ambulatoryjnych, wobec braku zainteresowania takimi świadczeniami. W ocenie NIK stan ten może wynikać z braku wiedzy pacjentów o możliwości świadczeń położnej poz, jak również w wielu przypadkach z braku możliwości z ich skorzystania w związku z nieprowadzeniem lub nieprawidłowym prowadzeniem gabinetu przez położną poz oraz jego wadliwym oznakowaniem.

Niezapewnienie dostępności świadczeń położnej poz, zwłaszcza w warunkach ambulatoryjnych, potwierdzają wyniki badań ankietowych prowadzonych w trakcie kontroli NIK zarówno wśród pacjentów kontrolowanych położnych, jak i samych świadczeniodawców.

W wyniku ankiety telefonicznej przeprowadzonej u stu czterech świadczeniodawców, stwierdzono nieobecność położnych aż u sześćdziesięciu z nich (57,7%), pomimo iż zgodnie z harmonogramem pracy powinny w tym czasie przebywać w gabinecie. Z kolei dwadzieścia trzy z sześćdziesięciu czterech ankietowanych położnych, z którymi nawiązano połączenie (35,9%) stwierdziło, że nie prowadzi edukacji przedporodowej, chociaż do udzielania tych świadczeń zobowiązane są kontraktem z Funduszem.

Pośród ankietowanych przez NIK pacjentek, za które NFZ zapłaciło świadczeniodawcom wynagrodzenie wyłącznie w formie stawki kapitałowej (badana grupa wyłoniona z populacji objętej rozliczeniem za czerwiec 2010 r.), aż 46,2% nie знаło adresu i numeru telefonu położnej, 25,3% nie pamiętało okoliczności złożenia deklaracji, a 64,4% nigdy nie skorzystało z jej usług. Jedynie 26,6% ankietowanych pacjentek oświadczyło, że złożyło deklarację wyboru położnej w związku z chęcią skorzystania z jej usług (25,3% – urodzenie dziecka i 1,3% – objęcie opieką na podstawie skierowania lekarza). Natomiast 41,9% deklaracji do położnych poz zostało złożonych w związku z wyborem lekarza/pielęgniarki poz. Należy zaznaczyć, że spośród ankietowanych pacjentek – wskazanych przez położne poz w raporcie NFZ jako pacjentki objęte ich opieką u których nie wykonano w czerwcu 2010 r. żadnego świadczenia dodat-

kowo płatnego – 86% oceniło jakość i dostępność świadczeń położnej poz bardzo dobrze lub dobrze.

Trudności w umówieniu się na wizytę w środowisku zgłosiło 35 spośród 384 pacjentek, które kiedyś skorzystały z usług położnej (9,1%), wskazując jako ich przyczyny między innymi nieobecność położnej w gabinecie, nieobecność pod wskazanym numerem telefonu oraz trudności komunikacyjne ze względu na odległość. Ponad 57,1% ankietowanych stwierdziło, że nie zachodziła potrzeba korzystania z takich świadczeń.

3.2.3. Dokumentowanie pracy położnej i jej wpływ na rozliczenia z Funduszem

Położne obowiązane były prowadzić dokumentację medyczną: zbiorczą – dotyczącą ogółu pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych lub określonych grup pacjentów i indywidualną – prowadzoną dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, która z kolei dzieli się na dokumentację przeznaczoną dla położnej (wewnętrzna) i pacjenta (zewnętrzna)²⁴.

Kontrole dokumentacji medycznej u dwudziestu świadczeniodawców przeprowadzono z udziałem specjalistów z właściwych miejscowo oddziałów wojewódzkich NFZ²⁵. W żadnym z postępowań kontrolnych sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i rozliczeń świadczeń z NFZ nie został oceniony pozytywnie. Dwunastu świadczeniodawców uzyskało ocenę negatywną, sześciu ocenę pozytywną pomimo stwierdzenia nieprawidłowości, a dwóch ocenę pozytywną pomimo stwierdzonych uchybień.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. nr 147, poz. 1437), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 217, poz. 1614). Od 1 stycznia 2011 r. położne poz są zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697).

²⁵ Prawdopodobnie prowadzenia dokumentacji medycznej nie była przedmiotem badań u dwóch świadczeniodawców kontrolowanych przez NIK w ramach kontroli rozpoznawczej (R/10/005); w obu tych przypadkach zostały przeprowadzone kontrole równoległe NFZ.

Wyniki kontroli przesądzą o negatywnej ocenie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej i rozliczeń świadczeń z NFZ. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w wielu przypadkach był sprzeczny z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach. Dokumentacja medyczna była niezręczna, niekompletna, a sposób dokonywania w niej wpisów nie pozwalał na odtworzenie rzeczywistego przebiegu i zakresu poszczególnych świadczeń oraz stanu zdrowia pacjentów. Stwierdzone nieprawidłowości spowodowały zakwestionowanie przez NIK wynagrodzeń położnych w łącznej wysokości 283,3 tys. zł. Nieprawidłowości polegały głównie na:

- ✓ niepotwierdzeniu podpisem pacjenta/opiekuna wykonania przez położną świadczenia,
- ✓ przedstawianiu do rozliczenia wizyt, które nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej,
- ✓ rozliczaniu w ramach wizyt w edukacji przedporodowej świadczeń wykonanych u kobiet przed 26 tygodniem ciąży,
- ✓ rozliczaniu wizyt patronażowych wykonanych u noworodków, dla których nie złożono deklaracji wyboru,
- ✓ rozliczaniu świadczeń w ramach stawki kapitacyjnej, jak i płatnych odrębnie przez położną nieposiadającą uprawnień do udzielania świadczeń w poz,
- ✓ rozliczaniu wizyt opieki pooperacyjnej bez pisemnego skierowania lekarza.

W przypadku dwóch z czterech kontrolowanych świadczeniodawców w województwie lubuskim stwierdzono wykonywanie i rozliczanie wizyt patronażowych pacjentkom, które nie złożyły deklaracji wyboru położnej poz – za przyzwoleniem LOW NFZ w Zielonej Górze. Działanie takie było sprzeczne z ustawową zasadą wykonywania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru składanej przez pacjenta²⁶ oraz postanowieniami wewnętrznych regulacji Funduszu dotyczących wykonywania świadczeń poz²⁷.

Kontrola wykazała, że ośmiu świadczeniodawców nieprawidłowo przechowywało dokumentację medyczną (36,4%), nie zapewniając jej poufności oraz nie zabezpieczając przed dostępem osób nieupoważnionych i zniszczeniem. Trzech świadczeniodawców przechowywało dokumentację medyczną w miejscu zamieszkania położnej lub dyrektora zakładu. W pozostałych przypadkach dokumentację

medyczną przechowywano w szafkach i pomieszczeniach, niezabezpieczonych w sposób odpowiedni przed dostępem osób trzecich.

3.2.4. Zapewnienie jakości wykonywanych zadań

W ocenie NIK większość kontrolowanych świadczeniodawców nie zapewniła prawidłowej realizacji oraz odpowiedniej jakości zakontraktowanych z Funduszem świadczeń położnej poz. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim niepełnego zakresu świadczeń gwarantowanych kobiecie i noworodkowi²⁸, a zwłaszcza wizyt patronażowych, które stanowiły aż 85% świadczeń finansowanych odrębnie. Często przeprowadzano mniej niż cztery takie wizyty; przy czym realizowano je w krótkich odstępach czasu, przez co okres opieki trwał 2 – 3, zamiast 8 tygodni. Istotny wpływ na sformułowaną przez NIK ocenę jakości świadczeń położnej miały nieprawidłowości stwierdzone w odniesieniu do indywidualnej dokumentacji medycznej oraz zakres wpisów do tej dokumentacji świadczący o niezrealizowaniu wszystkich zadań. Zastrzeżenia wzbudziła więc zarówno jakość rozliczonych przez Fundusz świadczeń, jak i osiągnięcie celu wizyty w takich przypadkach. Spośród dwudziestu kontrolowanych świadczeniodawców²⁹ czterech oceniono w powyższym zakresie negatywnie, dziesięciu – pozytywnie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, a pięciu – pozytywnie pomimo stwierdzenia uchybień. W jednym przypadku odstąpiono od oceny ze względu na braki w dokumentacji medycznej uniemożliwiające ustalenie zakresu i jakości rozliczonych świadczeń.

W przypadku położnej NZOZ Centrum Medyczne Prokocim Nowy w Krakowie, w czerwcu 2010 r., wizyty patronażowe u 16 z 19 noworodków odbyły się najczęściej w przeciągu do 2 tygodni od pierwszej wizyty, w odstępach 1 – 2 dniowych.

²⁶ Art. 56 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁷ § 9 ust. 1 zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ Prezesa NFZ.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).

²⁹ Dotyczy świadczeniodawców kontrolowanych w ramach kontroli planowej P/10/144, pozostałych dwóch świadczeniodawców kontrolowanych w ramach kontroli rozpoznawczej R/10/005 nie było ocenianych w zakresie jakości świadczeń.



W badanej dokumentacji dotyczącej opieki w formie wizyt patronażowych, brakowało przede wszystkim opisu przebiegu opieki nad noworodkiem³⁰, w tym: obserwacji i oceny rozwoju fizycznego w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, rozwoju psychoruchowego oraz funkcjonowania narządów zmysłów, oceny odruchów noworodka, sposobu i technik karmienia, wykrywania objawów patologicznych, oceny relacji rodziny z noworodkiem. Często nie dokumentowano też edukacji zdrowotnej i udzielonych porad w zakresie pielęgnacji noworodka, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych oraz udzielonych porad w zakresie laktacji, kontroli płodności i samoopieki.

Pomimo licznych zastrzeżeń NIK do prawidłowości i jakości wizyt patronażowych, ankietowane pacjentki w zdecydowanej większości oceniły pozytywnie jakość pracy położnych. Aż 95,5% ankietowanych, u których w czerwcu 2010 r. została przeprowadzona wizyta patronażowa, świadczenia te

oceniło bardzo dobrze lub dobrze. Blisko 90% pacjentek uzyskało dodatkowe wskazówki w zakresie pielęgnacji noworodka, a 73% – co do postępowania kobiety w czasie porodu. Zgłaszane przez pacjentki uwagi dotyczyły przede wszystkim pośpiechu położnej oraz stosunkowo niewielkiej uwagi przywiązywanej do stanu zdrowia samej matki, w tym zwłaszcza problemów laktacyjnych. W opinii NIK tak dobra ocena pracy położnej przez pacjentki wynikać może z jednej strony z dobrego kontaktu osobistego, jak również z drugiej strony – z braku wiedzy, jak położna powinna wykonywać i dokumentować udzielane świadczenie.

Nieprawidłowości w realizacji edukacji przedporodowej stwierdzono u ośmiu z dwunastu kontrolowanych podmiotów, które takie świadczenia wykonywały. Polegały one na rozliczaniu jako wizyt w edukacji przedporodowej świadczeń udzielonych kobietom przed 26 tygodniem ciąży, realizowanych bez planu edukacji lub w niepełnym zakresie.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.).

3.3. KONTROLA I ANALIZA ROZLICZEŃ ŚWIADCZENIODAWCÓW POD KĄTEM WŁAŚCIWEJ REALIZACJI KONTRAKTU Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA

3.3.1. Weryfikacja rozliczeń położnych przy wykorzystaniu baz danych oddziałów wojewódzkich

W ocenie NIK, analiza i weryfikacja systemowa świadczeń stosowana przez kontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ nie dawała pełnego obrazu, co do liczby i zakresu świadczeń udzielanych przez położne. Oddziały Funduszu nie w pełni korzystały też z możliwości ich analizy przy zastosowaniu dostępnych narzędzi informatycznych. Skutkowało to brakiem wiedzy co do efektów uzyskiwanych z nakładów ponoszonych na te świadczenia, a również mogło doprowadzić do finansowania świadczeń nienależnych.

Stanowiącą podstawę weryfikacji świadczeń baza pn. Centralny Wykaz Ubezpieczonych zawierała luki w danych dotyczących świadczeniobiorców i ich ubezpieczenia, a zawarte w niej informacje bywały nieaktualne, co powodowało problemy z weryfikacją danych przedkładanych przez świadczeniodawców³¹.

Sposób weryfikacji wizyt patronażowych przez oddziały wojewódzkie NFZ w Krakowie i we Wrocławiu nie pozwalał na rzetelne ustalenie liczby osób z nich korzystających. Z przedstawionych przez te oddziały danych wynika, że liczba osób, u których wykonano wizytę patronażową, jest większa niż licz-

ba zarejestrowanych w danym roku urodzeń, co wynikało z rozliczania przez świadczeniodawców tego samego noworodka przy użyciu różnych identyfikatorów³². Powodowało to możliwość rozliczania większej ponad dopuszczalną liczby wizyt patronażowych.

W MOW NFZ w Krakowie liczba osób korzystających z wizyt patronażowych wynosiła w 2009 r. i w I półroczu 2010 r. odpowiednio 61 515 i 48 344, podczas gdy liczba zarejestrowanych urodzeń w analogicznych okresach wyniosła 35 213 oraz 16 786.

W DOW NFZ we Wrocławiu liczba osób korzystających z wizyt patronażowych wynosiła w 2009 r. i w I półroczu 2010 r. odpowiednio 53 699 i 20 765, podczas gdy liczba zarejestrowanych urodzeń w analogicznych okresach wyniosła 30 507 oraz 15 412.

We wszystkich kontrolowanych województwach wystąpiły przypadki przekroczenia limitu pacjentek jednej położnej poz, ustalonego przez Prezesa NFZ na poziomie 6 600. W wyniku analizy rozliczeń dokonanych w ramach stawki kapitałowej za czerwiec 2010 r. stwierdzono, że w przypadku 48 położnych poz oddziały te wypłaciły wynagrodzenie za liczbę pacjentek przekraczającą ten limit³³, w tym dla 37 położnych wykazujących więcej niż 7 000 pacjentek.

³¹ Na niedoskonałość danych z bazy CWU przy weryfikacji świadczeń wskazywał m.in. audytor w MOW NFZ w Krakowie podając, że może mieć to negatywny wpływ na jakość sprawowanej kontroli nad procesami związanymi z zawieraniem oraz aneksowaniem umów, a także realizacją procesu rozliczania umów ze świadczeniodawcami z tytułu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju poz.

³² Numer dokumentacji medycznej, numery PESEL rodziców i numer PESEL noworodka.

³³ 16 w województwie małopolskim, 14 w dolnośląskim, 11 w lubuskim, 5 w śląskim oraz 2 w opolskim.

W dwunastu przypadkach u tego samego świadczeniodawcy zatrudnione były również inne położne, posiadające znacznie mniejszą liczbę deklaracji pacjentów.

Trzy położne w województwie dolnośląskim oraz jedna w województwie lubuskim posiadały każda powyżej 9 000 deklaracji pacjentów. W województwie małopolskim trzy położne posiadały każda powyżej 8 000 deklaracji.

Zdaniem NIK, dopuszczenie do przekraczania przez położne limitu pacjentek, mogło przyczynić się do faktycznego ograniczenia dostępności świadczeń położnej (zwłaszcza ambulatoryjnych) oraz do obniżenia ich jakości, co potwierdziły wyniki kontroli NIK u świadczeniodawców.

Trudności w egzekwowaniu przestrzegania limitu pacjentów ustalonego przez Prezesa NFZ, tłumaczono w kontrolowanych oddziałach przede wszystkim nieprecyzyjnym brzmieniem § 20 zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ, który stanowił, że „*Maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekroczyć 6 600 osób*”, a zwłaszcza znaczenia wyrazu „*powinna*”. Wskazywano też, że świadczeniodawca nie ma prawnej możliwości odmowy przyjęcia deklaracji wyboru od pacjenta³⁴.

3.3.2. Kontrole prawidłowości realizacji kontraktów

Oddziały wojewódzkie NFZ w sposób niedostateczny korzystały z możliwości kontroli świadczeniodawców w zakresie położnictwa poz, niejednokrotnie nie przeprowadzając takich kontroli wcale. Stan ten jest rezultatem niewydolności systemu kontroli świadczeń w Funduszu, w którym działania kontrolne ukierunkowane były raczej na świadczenia, na które przeznaczano największe środki. Nie przywiązywano właściwej wagi do świadczeń położnej poz, które stanowiły ok. 3% udziału w wydatkach na wszystkie świadczenia poz, przez co obszar ten pozostawał praktycznie poza kontrolą Funduszu.

Według danych uzyskanych z oddziałów wojewódzkich NFZ, w latach 2009 – 2010 kontrolowano ok. 10% świadczeniodawców³⁵ rocznie, przy czym liczba kontroli wykazuje tendencję spadkową. W 2010 r. w czterech województwach skontrolowano ok. 10% świadczeniodawców, a w województwie dolnośląskim 5,3%. Oznacza to, że świadczeniodawca może się spodziewać kontroli raz na 10 – 20 lat. Przy uwzględnieniu, że wielu świadczeniodawców ze względu na wysokość środków i znaczną liczbę zakontraktowanych świadczeń (zwłaszcza w leczeniu szpitalnym) kontrolowanych jest wielokrotnie w ciągu roku, częstotliwość kontroli u pozostałych jest jeszcze mniejsza.

W latach 2008 – 2009 i w I półroczu 2010 r. żadnych kontroli w zakresie położnictwa poz nie przeprowadzono w województwie dolnośląskim. W województwach lubuskim i opolskim liczba takich kontroli była znikoma i wykazywała tendencję spadkową, pomimo znaczącego wzrostu – od roku 2009 – wydatków na świadczenia położnej poz. W województwie lubuskim w 2008 r. skontrolowano pięciu świadczeniodawców, w roku następnym – trzech, a w I półroczu 2010 r. zaledwie jednego. Z kolei w województwie opolskim w 2008 r. skontrolowano dziewięć podmiotów, a w późniejszym okresie – żadnego. Niewykonywanie kontroli świadczeń położnej poz bądź ich niewielką liczbę, tłumaczono najczęściej brakiem sygnałów o nieprawidłowościach, ograniczonymi możliwościami kadrowymi oddziałów oraz stosunkowo niewielkim udziałem wydatków na świadczenia położnej w całej podstawowej opiece zdrowotnej.

Najwięcej kontroli przeprowadzano w województwie małopolskim i śląskim. W 2008 r. na terenie Małopolski skontrolowano trzynastu świadczeniodawców w zakresie położnictwa poz, w 2009 r. – dwóch, a w pierwszym półroczu 2010 r. aż jedenastu. Natomiast w województwie śląskim przeprowadzono w latach 2008 – 2010 łącznie 37 kontroli. Zauważyć jednak należy, że kontrole te dotyczyły maksymalnie 3% – 4% podmiotów realizujących umowy w zakresie położnictwa w tych województwach.

NIK zakwestionowała rzetelność kontroli prowadzonych w województwie opolskim oraz ich zakres w województwie śląskim. Zapisy ustaleń kontroli ujęte w dokumentach z kontroli OOW NFZ w Opolu były lakoniczne i powierzchowne (kilkuzdaniowe), przez co nie dawały podstaw do rzetelnej oceny organizacji, dostępności i jakości udzielanych

³⁴ Zgodnie z § 20 ust. 1 zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ – od 2011 r. świadczeniodawca może przekroczyć limit 6 600 zadeklarowanych pacjentów, tylko po wyrażeniu na to zgody przez Dyrektora Oddziału, który ma dokonać indywidualnej oceny, czy przekroczenie limitu nie wpłynie na ograniczenie dostępności do świadczeń dla populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę.

³⁵ Dotyczy to wszystkich zakresów umów zawieranych na świadczenia zdrowotne.

świadczeń oraz sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej. Zakres kontroli prowadzonych przez ŚOW NFZ w Katowicach był niepełny i niewystarczający. Spośród 37 postępowań kontrolnych, przeprowadzonych w latach 2008 – 2009 i w I półroczu 2010 r., zaledwie w dziewięciu przypadkach sprawdzano deklaracje wyboru położnej poz, w dwóch – wyposażenie gabinetów położnych, a w sześciu – prowadzenie dokumentacji medycznej.

3.3.3. Wydatki na świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej i ich struktura

W latach 2007 – 2008 świadczenia położnej rozliczane były według rocznej stawki kapitaacyjnej, której wysokość ustalał Prezes Funduszu. Wysokość tej stawki korygowana była współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej³⁶:

- ✓ od 0 do 2 miesiąca życia współczynnikiem – 2,0,
- ✓ od 16 do 40 roku życia współczynnikiem – 1,20,
- ✓ pozostałe kobiety wpisane na listę aktywną współczynnikiem – 1,0.

Od 2009 r. zmieniono zasady rozliczania świadczeń położnej poz³⁷. Ze stawki kapitaacyjnej wydzielono dodatkowo świadczenia rozliczane na podstawie opłat jednostkowych. Stawka kapitacyjna z tytułu opieki nad jedną pacjentką wynosi 13,56 zł rocznie. Poza tym osobną opłatą rozliczane są³⁸:

- ✓ wizyta w edukacji przedporodowej – 31 zł,
- ✓ wizyta patronażowa – 26 zł,
- ✓ wizyta w opiece nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych – 15 zł.

Wydatki na świadczenia położnej w ciągu ostatnich dwóch lat znacząco wzrosły. W 2009 r. wyniosły

one 254 165,55 tys. zł i były aż o 35,8% większe niż w roku poprzednim. W 2010 r. wydatki te wzrosły o kolejne 3,7% w stosunku do 2009 r. Wzrost tych wydatków spowodowany był wprowadzonymi w roku 2009 zmianami w finansowaniu świadczeń położnej poz, polegającymi na podniesieniu średnio o 38% rocznej stawki kapitaacyjnej (z 9,12 zł – 10,44 zł do 13,56 zł), przy jednoczesnym wyłączeniu z tej stawki świadczeń płatnych odrębnie według cen jednostkowych, co oznacza, że miesięczne wynagrodzenie z tytułu samej stawki kapitaacyjnej za 6 600 pacjentek wynosiło 7 458 zł. Wyniki kontroli wskazują, że tak duży wzrost wydatków nie był związany z realizacją przez położne nowych zadań, czy też zwiększeniem ilości i jakości świadczeń wykonywanych dotychczas. Zdecydowana większość zadań położnych realizowana była w ramach świadczeń płatnych odrębnie, a jednocześnie wydatki na nie stanowiły zaledwie od 13,7 – 15,8% wszystkich wydatków na położnictwo poz. W ocenie NIK, należy spodziewać się utrzymania tendencji wzrostowej tych wydatków zwłaszcza, że część świadczeniodawców do tej pory nie wykazywała w sprawozdaniach i nie rozliczała świadczeń dodatkowo płatnych.

Kontrola wykazała że w ramach pozostałych środków przekazywanych świadczeniodawcom ryczałtowo w formie stawki kapitaacyjnej (za gotowość) świadczenia nie były wykonywane wcale bądź w bardzo ograniczonym zakresie. System finansowania świadczeń położnej poz należy ocenić więc negatywnie, gdyż nie gwarantuje on wydatkowania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

³⁶ Patrz: § 39 zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Funduszu z 25 września 2007 r.

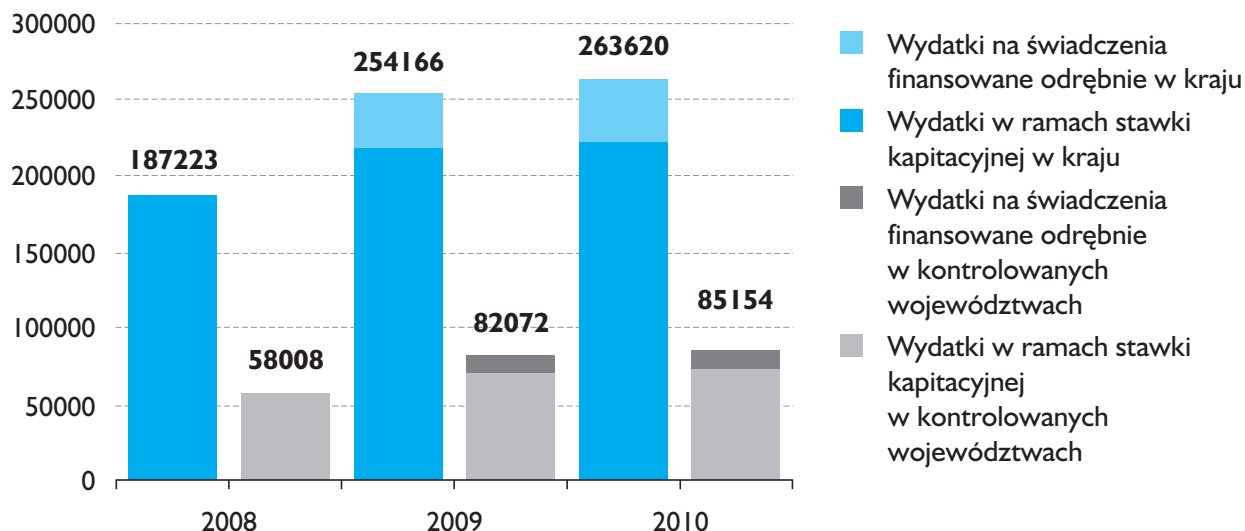
³⁷ Zarządzenie Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Funduszu z 5 listopada 2008 r. i Nr 72/2009/DSOZ z 3 listopada 2009 r.

³⁸ Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ i załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ.

Wykres nr 4

Wydatki na świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej w kraju i kontrolowanych województwach

tys. zł



Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich i centrali NFZ za lata 2008 – 2010

Wzrost wydatków na świadczenia położnej poz zaobserwowano we wszystkich kontrolowanych Oddziałach. W latach 2008 – 2010 wynosiły odpowiednio: 58 008,3 tys. zł, 82 072,1 tys. zł i 85 154 tys. zł i stanowiły 31,0%, 32,3% i 32,3% wydatków tego rodzaju poniesionych przez NFZ w całym kraju. Wydatki te wzrosły w 2009 r. o 41,6%, a w 2010 r. o 46,8% w stosunku do roku 2008, kiedy to świadczenia położnej poz były finansowane wyłącznie w formie stawki kapitałowej.

Udział wydatków na położnictwo w podstawowej opiece zdrowotnej ogółem w tych województwach wzrósł z 3,02% w 2008 r. do 3,8% w 2010 r.

Średniomiesięczne wydatki Funduszu przypadające na jedną położną poz zatrudnioną u kontrolowanych świadczeniodawców wyniosły w 2009 roku 7,7 tys. zł, a w I półroczu 2010 r. – 7,8 tys. zł. Najmniej, bo 1,3 tys. zł w 2009 r. oraz 1,4 tys. zł w I półroczu 2010 r. wydatki te wyniosły u świadczeniodawcy, który – jak wynika z ustaleń kontroli – zatrudniał i wykazywał do NFZ cztery położne, przy czym jedna z nich ze względów zdrowotnych nie wykonywała świadczeń od września 2009 r. Pozostałe położne, które w tym okresie ją zastępowały były również zatrudnione w Poradni Ginekologicznej, wykonując świadczenia położnej poz w wymiarze od 0,6 do 0,84 etatu.

Kwota miesięcznych wydatków NFZ przypadających na jedną położną poz, w I półroczu 2010 r., u ośmiu świadczeniodawców (40%) była większa niż 9 tys. zł. W żadnym z tych przypadków wykonywanie świadczeń, ich jakość oraz dostęp do świadczeń nie zostały przez NIK ocenione pozytywnie. Negatywnie oceniono wykonywanie świadczeń i ich jakość przez jednego świadczeniodawcę, który w tym czasie otrzymał najwięcej środków – średnio ponad 13 tys. zł miesięcznie na jedną położną.

3.3.3.1. Wydatki ponoszone w ramach stawki kapitałowej

Wydatki na świadczenia położnej ponoszone w kraju w ramach stawki kapitałowej wzrosły z 187 213,04 tys. zł w 2008 r. do 219 428,58 tys. zł w 2009 r., tj. o 17,2%, przy wzroście liczby pacjentów wynoszącym 1,5%. Natomiast wydatki z tego tytułu w 2010 r. były o 1,1% większe niż w roku poprzednim, a wzrost liczby pacjentów wyniósł 1,2%.

Udział wydatków z tytułu stawki kapitałowej w ramach wszystkich świadczeń położnej poz zmniejszył się ze 100% w 2008 r. do 84,2% w 2010 r., ze względu na odrębne finansowanie od 2009 r. części świadczeń.

W kontrolowanych przez NIK województwach wydatki w ramach stawki kapitałowej wynosiły

w 2009 i 2010 r., odpowiednio, 71 391,6 tys. zł i 72 649,4 tys. zł, co stanowiło 87% i 85,3% ogółu wydatków na położnictwo poz w tych województwach.

3.3.3.2. Wydatki ponoszone poza stawką kapitaacyjną

Wydatki na świadczenia finansowane poza stawką kapitaacyjną wyniosły w kraju w latach 2009 – 2010, odpowiednio 34 737 tys. zł – 41 730 tys. zł, co odpowiadało 13,7 i 15,8% ogółu wydatków na położnictwo poz w kraju.

W kontrolowanych województwach wydatki z tytułu wizyt patronażowych wynosiły 9 314,6 tys. zł w 2009 r. i 10 512 tys. zł w 2010 r., co stanowiło 11,4% i 12,3% wydatków na świadczenia położnej na ich terenie. Największy udział wydatków z tytułu wizyt patronażowych, bo wynoszący 16,4% – 16,9% wystąpił w województwie lubuskim, w którym deklaracje do położnej złożyło 72,4% – 73,4% kobiet i noworodków. Wynikało to przede wszystkim z dopuszczenia przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze możliwości finansowania wizyt patronażowych u pacjentek, które nie złożyły deklaracji wyboru położnej poz, co było sprzeczne z zasadami rozliczeń świadczeń ustalonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ³⁹.

Kontrola wykazała, że część podmiotów nie rozliczała wcale świadczeń dodatkowo płatnych. Analiza rozliczeń pięciu oddziałów wojewódzkich NFZ z tytułu wizyt patronażowych za czerwiec 2010 r. wykazała, że w czterech województwach wystąpiły przypadki niezgłaszania do NFZ wykonania wizyt patronażowych, pomimo zgłaszania do położnych noworodków. Dotyczyło to aż 299 z 1441 świadczeniodawców w tych województwach (20,7%), w tym najwięcej w województwie dolnośląskim, w którym 239 z 416 świadczeniodawców nie rozliczyło żadnej wizyty patronażowej, pomimo zgłoszenia noworodka do opieki położnej poz (57,5%). Oddziały wojewódzkie NFZ nie analizowały takich przypadków, chociaż pozwalały na to ich systemy informatyczne.

Spośród dwudziestu dwóch kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców⁴⁰ trzech nie wykazywało w sprawozdaniach i nie rozliczało z NFZ wykonanych wizyt patronażowych. Niedopełnienie warunków kontraktu w zakresie sprawozdawania wy-

konanych świadczeń oraz niekorzystanie z możliwości uzyskania wynagrodzenia za zrealizowane wizyty patronażowe kierownicy kontrolowanych jednostek uzasadniali:

- ✓ wystarczającymi środkami uzyskiwanymi w ramach stawki kapitaacyjnej, które przeznaczone są na pokrycie kosztów wizyt patronażowych, wobec kompletnego braku zainteresowania pacjentek innymi świadczeniami położnych,
- ✓ trudnościami w zachowaniu wszystkich wymogów przy prowadzeniu dokumentacji medycznej, będącej podstawą rozliczenia świadczeń dodatkowo płatnych,
- ✓ koniecznością zatrudnienia kolejnego pracownika do prowadzenia sprawozdawczości i rozliczeń w zakresie świadczeń płatnych poza stawką kapitaacyjną.

Pomimo iż stawka za wizytę w edukacji przedporodowej jest najwyższą spośród świadczeń dodatkowo płatnych w zakresie położnictwa i wynosi 31 zł, wydatki z tego tytułu nie były znaczące. W latach 2009 – 2010 wyniosły one w kontrolowanych województwach, odpowiednio 1 309,1 tys. zł i 1 947 tys. zł, co stanowiło 1,6% i 2,3% wydatków na świadczenia położnej na ich terenie. W skali kraju z edukacji przedporodowej korzystało zaledwie od 12,5% w 2009 r. do 15,7% w 2010 r. ciężarnych, a na terenie kontrolowanych województw od 11,5% do 11,8%.

Położna w Wadowicach wyjaśniła, że: „wiem, że kobiety ciężarne są objęte opieką lekarską, więc cały swój czas poświęcam na opiekę poporodową, tym bardziej, że mamy dużo urodzeń i dużo wizyt patronażowych”.

Położna SP ZOZ w Kalwarii Zebrzydowskiej wyjaśniła, że: „kobiety ciężarne nie są zainteresowane takim zakresem usług – w 2009 r. wykonałam kilka takich wizyt, ale pacjentki nie życzyły sobie aby do nich przychodzić tłumaczyły, że są pod opieką ginekologa. Dodatkowo wykonuję dużo wizyt patronażowych i nie wystarcza mi już czasu na prowadzenie edukacji”.

W ocenie NIK, sytuacja ta wynika przede wszystkim z niewiedzy kobiet ciężarnych o możliwości skorzystania z tego typu świadczeń. Większość pacjentek nawiązuje pierwszy kontakt z położną poz po urodzeniu dziecka – w momencie zgłaszania go, bądź składania deklaracji. Nie bez znaczenia pozostaje tu też niechęć wielu położnych do takich świadczeń,

³⁹ Zagadnienie to omówiono szczegółowo w pkt 3.2.3. niniejszej informacji.

⁴⁰ 20 świadczeniodawców w kontroli planowej P/10/144 i 2 świadczeniodawców w kontroli rozpoznawczej R/10/005.

skutkująca odmową ich wykonania⁴¹. W opinii położnych edukację przedporodową prowadzą już finansowane przez samorządy szkoły rodzenia, nie ma więc potrzeby prowadzenia przez nie porad w tym zakresie. W związku z wejściem w życie z dniem 8 kwietnia 2011 r. standardów w opiece okołoporodowej, należy spodziewać się większej liczby wykonywanych świadczeń w edukacji przedporodowej, gdyż osoba sprawująca opiekę zobowiązana została do skierowania kobiety w okresie pomiędzy 21 – 26 tygodniem ciąży do położnej poz w celu objęcia jej opieką⁴².

Wydatki na świadczenia z tytułu opieki pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub ginekologiczno-onkologicznej wyniosły w kontrolowanych województwach 55,8 tys. zł w 2009 r. i 36,8 tys. zł w 2010 r., co stanowiło poniżej 0,1% wydatków na świadczenia położnej na ich terenie. Realizowane są one na podstawie skierowania zawartego w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. W latach 2009 –

2010 skorzystało z nich w kraju zaledwie, odpowiednio 4 113 i 3 090 kobiet, a na terenie kontrolowanych województw – 1 862 i 1 031. Średnio na jedną kobietę objętą opieką pooperacyjną w kontrolowanych województwach przypadały 2 wizyty położnej.

W ocenie NIK, skala tych świadczeń jest dalece niezadowalająca, gdyż obejmuje niewielki procent kobiet po operacjach ginekologicznych i ginekologiczno-onkologicznych. Na przykład w 2009 r. w województwie małopolskim opieką pooperacyjną położnych objęto 334 kobiety, podczas gdy na oddziałach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych hospitalizowanych było w tym czasie 3 513 kobiet⁴³. Ponadto w ramach tych świadczeń często rozliczana jest opieka nad kobietą po porodzie w formie cesarskiego cięcia, które nie powinno być kwalifikowane jako operacja ginekologiczna⁴⁴ – przez co rzeczywista liczba kobiet objęta opieką położnej poz po operacjach ginekologicznych i ginekologiczno-onkologicznych jest jeszcze mniejsza.

⁴¹ Patrz: wyniki ankiety telefonicznej przeprowadzonej wśród świadczeniodawców, przedstawione w pkt 3.2.2. niniejszej informacji.

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259).

⁴³ Dane dotyczą wyłącznie pacjentek oddziałów ginekologicznych (kod 4452) i onkologii ginekologicznej (kod 4246). Nie obejmują one oddziałów położniczo-ginekologicznych (kod 4450), na których w 2009 r. hospitalizowanych było 83 517 kobiet.

⁴⁴ Zbiorcze wyniki kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie.







4.1. PODSTAWY SPORZĄDZENIA INFORMACJI POKONTROLNEJ

Informację sporządzono na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej przez NIK w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ (Katowice, Kraków, Opole, Wrocław i Zielona Góra) u dwudziestu dwóch świadczeniodawców w zakresie położnictwa poz. Wyniki kontroli zawarte są w 27 protokołach kontroli oraz 29 wystąpieniach pokontrolnych. W związku z koniecznością analizy dokumentacji medycznej podczas kontroli świadczeniodawców, za zgodą Prezesa Funduszu, w kontrolach dwudziestu świadczeniodawców udział wzięli specjaliści z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, a w dwóch podmiotach były prowadzone kontrole równoległe NIK i NFZ.

W informacji uwzględniono również uwagi i sugestie Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego zawarte w piśmie z dnia 14 kwietnia 2011 r. skierowanym do Prezesa NFZ⁴⁵.

Przy sporządzaniu informacji wykorzystano wyniki badania ankietowego przygotowanego we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, przeprowadzonego wśród pacjentek kontrolowanych świadczeniodawców. Ankiety skierowano do ok. 5% pacjentek pomiędzy osiemnastym a sześćdziesiątym rokiem życia, zgłoszonych do rozliczenia we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ w czerwcu 2010 r. przez danego świadczeniodawcę.

Dane o wielkości populacji objętej opieką położnej poz, wysokości wydatków i strukturze świadczeń w 2010 r. uzyskano z oddziałów wojewódzkich NFZ, po zakończeniu kontroli NIK. Wykorzystano także dane uzyskane w powyższym zakresie zbiorczo dla całego kraju za lata 2008 – 2010, udostępnione przez Prezesa NFZ.

⁴⁵ patrz przypis 12



4.2. REZULTATY FINANSOWE KONTROLI

W toku kontroli NIK stwierdzono nieprawidłowości i korzyści finansowe na łączną kwotę 1 071,8 tys. zł. Kwota ta wynika z:

- ✓ uszczuplenia środków jednego ze świadczeniodawców, będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej, który nie rozliczał z NFZ należności z tytułu wykonanych wizyt patronażowych (13,2 tys. zł),
- ✓ kwot nienależnie uzyskanych przez świadczeniodawców z tytułu nieprawidłowo rozliczonych świadczeń położnej poz (283,3 tys. zł),
- ✓ kwot wydatkowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ z naruszeniem prawa, z tytułu świadczeń realizowanych przez podmioty nieuprawnione i wykonanych wizyt patronażowych u pacjentek, które nie złożyły deklaracji wyboru położnej poz (772,6 tys. zł),
- ✓ korzyści finansowych z tytułu dokonanych przez świadczeniodawców w wyniku kontroli NIK weryfikacji rozliczeń świadczeń z NFZ (2,5 tys. zł).



4.3.

WYDATKI NA ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LATACH 2009 – 2010

tys. zł

Lp.	Wyszczególnienie	LATA			4:3 (%)	5:4 (%)
		2008	2009	2010		
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem w kraju						
1.	Wydatki na świadczenia poz	5 741 854,15	7 387 257,60	7 248 213,80	128,7	98,1
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	187 222,98	254 165,55	263 620,00	135,8	103,7
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitałowej	187 213,04	219 428,58	221 890,10	117,2	101,1
	2.2. świadczenia finansowane odrębnie (edukacja przedporodowa, wizyty patronażowe i opieka pooperacyjna)	–	34 711,90	41 713,40	–	120,2
	2.3. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU*)	9,94	25,07	16,50	252,2	65,8
3.	Wydatki na świadczenia położnej przypadające na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	9,72	13,13	13,62	135,1	103,8
4.	Wydatki na świadczenia położnej poz na jedną osobę, która wybrała położną poz (zł)	11,73	15,69	16,08	133,8	102,4
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	3,26	3,44	3,63	105,5	105,7
I. Województwo dolnośląskie						
1.	Wydatki na świadczenia poz ogółem	434 254,80	550 607,44	544 701,80	126,8	98,9
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	15 389,06	19 971,65	20 778,60	129,8	104,0
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitałowej	15 389,05	18 154,21	18 355,50	118,0	101,1
	2.2. świadczenia w edukacji przedporodowej	–	296,24	539,00	–	181,9
	2.3. wizyty patronażowe	–	1 500,35	1 866,60	–	124,4
	2.4. opieka pooperacyjna	–	20,85	16,50	–	79,1
	2.5. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU)	0,01	–	1,01	–	–

I	2	3	4	5	6	7
3.	Kwota wydatków na świadczenia położnej przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	10,37	13,55	14,10	130,7	104,1
4.	Kwota wydatków na świadczenia położnej poz przypadająca na jedną osobę zadeklarowaną do położnej poz (zł)	11,65	14,79	15,30	127,0	103,4
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	3,54	3,63	3,81	102,4	105,2
II Województwo lubuskie						
1.	Wydatki na świadczenia poz ogółem	154 571,37	195 299,80	191 962,00	126,3	98,3
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	4 621,88	6 291,85	6 577,90	136,1	104,5
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitacyjnej	4 620,49	5 146,46	5 206,60	111,4	101,2
	2.2. świadczenia w edukacji przedporodowej	–	111,75	252,20	–	225,7
	2.3. wizyty patronażowe	–	1 030,30	1 115,60	–	108,3
	2.4. opieka pooperacyjna	–	3,30	3,50	–	106,1
	2.5. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU)	1,39	0,036	0,012	2,6	33,3
3.	Kwota wydatków na świadczenia położnej przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	8,85	11,98	12,60	135,4	105,2
4.	Kwota wydatków na świadczenia położnej poz przypadająca na jedną osobę zadeklarowaną do położnej poz (zł)	12,31	16,55	17,20	134,4	103,9
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	2,99	3,22	3,43	107,7	106,5
III. Województwo małopolskie						
1.	Wydatki na świadczenia poz ogółem	488 720,60	614 411,2	608 868,20	125,7	99,1
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	15 169,09	20 328,88	20 883,20	134,0	102,7
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitacyjnej	15 169,04	17 102,21	17 546,60	112,7	102,6
	2.2. świadczenia w edukacji przedporodowej	–	299,89	351,00	–	117,0
	2.3. wizyty patronażowe	–	2 909,56	2 970,60	–	102,1
	2.4. opieka pooperacyjna	–	16,97	7,20	–	42,4
	2.5. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU)	0,05	0,25	7,80	–	3 120,0
3.	Kwota wydatków na świadczenia położnej przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	9,30	12,40	12,50	133,3	100,8
4.	Kwota wydatków na świadczenia położnej poz przypadająca na jedną osobę zadeklarowaną do położnej poz (zł)	12,20	15,90	16,20	130,3	101,9
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	3,10	3,31	3,43	106,6	103,7
IV. Województwo opolskie						
1.	Wydatki na świadczenia poz ogółem	145 527,86	193 023,14	183 502,13	132,6	95,1

1	2	3	4	5	6	7
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	2 710,29	4 349,57	4 532,00	160,5	104,2
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitacyjnej	2 710,29	3 563,66	3 676,20	131,5	103,2
	2.2. świadczenia w edukacji przedporodowej	–	75,89	88,60	–	116,7
	2.3. wizyty patronażowe	–	702,55	763,80	–	108,7
	2.4. opieka pooperacyjna	–	7,24	3,20	–	44,2
	2.5. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU)	–	0,23	0,13	–	55,6
3.	Kwota wydatków na świadczenia położnej przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	5,47	8,68	9,00	158,7	103,7
4.	Kwota wydatków na świadczenia położnej poz przypadająca na jedną osobę zadeklarowaną do położnej poz (zł)	10,67	16,21	16,50	151,9	101,8
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	1,86	2,25	2,47	121,0	109,6
V. Województwo śląskie						
1.	Wydatki na świadczenia poz ogółem	699 986,63	920 150,40	879 033,39	131,5	95,5
2.	Wydatki na świadczenia położnych poz, w tym:	20 117,95	31 130,13	32 382,43	154,7	104,0
	2.1. świadczenia w ramach stawki kapitacyjnej	20 117,91	27 425,09	27 864,48	136,3	101,6
	2.2. świadczenia w edukacji przedporodowej	–	525,36	716,16	–	136,3
	2.3. wizyty patronażowe	–	3 171,84	3 795,38	–	119,7
	2.4. opieka pooperacyjna	–	7,47	6,36	–	85,1
	2.5. świadczenia udzielane w stanach zachorowań osobom spoza listy (§ 6 ust. 6 i 8 OWU)	0,04	0,37	–	1 033,3	–
3.	Kwota wydatków na świadczenia położnej przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną uprawnioną do takich świadczeń (zł)	8,75	13,53	14,08	154,1	104,1
4.	Kwota wydatków na świadczenia położnej poz przypadająca na jedną osobę zadeklarowaną do położnej poz (zł)	10,12	15,23	15,62	150,5	102,6
5.	Udział wydatków na świadczenia położnych poz w wydatkach na świadczenia poz	2,87	3,38	3,68	117,7	108,8

* ogólne warunki umów, patrz przypis 22.

4.4.

LISTA OSÓB ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE
STANOWISKA, ODPOWIEDZIALNYCH ZA
KONTROLOWANĄ DZIAŁALNOŚĆ

Lp.	Nazwa kontrolowanej jednostki	Imię i nazwisko	Okres pełnienia funkcji
I	2	3	4
Oddziały NFZ			
I.	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu	Wioletta Niemiec – Dyrektor Krzysztof Dworak – Dyrektor Wioletta Plebanek-Sitko – Prezes	od 23.07.2009 od 10.03.2008 do 22.07.2009 od 13.10.2006 do 09.03.2008
II.	Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze	Stanisław Łobacz – Dyrektor	od 30.11.2007
III.	Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie	Barbara Bulanowska – Dyrektor Maria Janusz – Dyrektor	od 01.05.2009 od 08.11.2006 do 30.04.2009
IV.	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu	Filip Nowak – Dyrektor Kazimierz Łukawiecki – Dyrektor	od 21.07.2010 od 01.01.2005 do 08.06.2010
V.	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach	Zygmunt Kłosa – Dyrektor Marcin Pakulski – Dyrektor Bożena Wójcik-Warchał – Dyrektor Marek Szewczyk – Dyrektor	od 04.03.2008 od 07.02.2008 do 04.03.2008 od 08.01.2008 do 06.02.2008 od 08.01.2008
Świadczeniodawcy			
I. Województwo dolnośląskie			
1.	Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy „PRO-MED.” Sp. z o. o. we Wrocławiu	Aneta Tomczak – Prezes	od 04.09.2000
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Twój Lekarz” Sp. z o. o. w Kobierzycach	Mariola Madler-Litera – Kierownik	od 21.02.2003
3.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicus” Sp. z o. o. w Żarowie	Violetta Kołodziejczyk – Prezes	od 10.08.1999
4.	Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne „Medicus” Sp. z o. o. w Lubinie	Artur Kwaśniewski – Prezes	od 12.02.1992
II. Województwo lubuskie			
1.	Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze	Dariusz Suchorski – Dyrektor	od 12.06.2007
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego w Jasieniu	Leszek Białek – Kierownik	od 31.08.1998
3.	Położna Środowiskowo-Rodzinna Anna Kozicka w Świebodzinie	Anna Kozicka	od 01.10.1998

I	2	3	4
4.	Samodzielna Praktyka Położnej Środowiskowo-Rodzinnej Bogusława Merena w Zielonej Górze	Bogusława Merena	brak danych
III. Województwo małopolskie			
1.	Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnej „Zdrowie” s.c. w Słomnikach	Ewa Zielińska – Kierownik	od 01.09.2008
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Prokocim Nowy w Krakowie	Małgorzata Radwan-Ballada – Dyrektor	od 01.01.2000
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej	Krzysztof Romańczyk – Kierownik	od 01.07.2007
4.	Grupowa Praktyka Położnych „Opieka nad Matką i Dzieckiem” s.c. w Wadowicach	Małgorzata Baran Katarzyna Bucala Renata Stanek	od 01.01.2000
5.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Erkade w Krakowie	Agnieszka Lukosek – Kierownik	od 17.03.2008
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Spółka Lekarska Na Kozłówce” Sp. z o. o. w Krakowie	Iwona Bielewska – Kierownik	od 01.02.2001
IV. Województwo opolskie			
1.	Niepubliczny Zakład Usług Położnictwa w Brzegu	Maria Nowak – Dyrektor	od 17.02.2000
2.	Niepubliczny Zakład Usług Położniczo-Pielęgniarskich „Zdrowa Rodzina” s.c. w Opolu	Ewa Janiuk – Kierownik	od 28.01.1999
3.	Indywidualna Praktyka Położnej Beata Hadasik w Lichyniu	Beata Hadasik	od 01.01.2001
4.	Grupowa Praktyka Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „REBO-MED” s.c. w Nysie	Renata Krupa Bożena Klecha	od 08.12.2008
V. Województwo śląskie			
1.	Indywidualna Praktyka Położnej Rodzinnej Wanda Leśniak w Chybiu	Wanda Leśniak	brak danych
2.	Indywidualna Praktyka Położnej Środowiskowo-Rodzinnej Beata Kołtun w Koszęcinie	Beata Kołtun	od 01.01.2002
3.	Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach	Andrzej Furczyk – Dyrektor	od 01.11.1997
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejsko-Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sośnicowicach	Monika Morawiec – Dyrektor	od 01.05.1999

4.5. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEGO OBSZARU

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarke i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. Nr 236, poz. 2000).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 147, poz. 1437).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 56, poz. 397).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 217, poz. 1614).
13. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).



15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.).
16. Zarządzenie Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
17. Zarządzenie Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
18. Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
19. Zarządzenie Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.





4.6.

WYKAZ ORGANÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO
INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

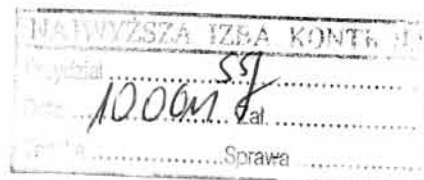
1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Zdrowia
6. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
9. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
10. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
11. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
12. Senacka Komisja Zdrowia
13. Senacka Komisja Rodziny i Polityki Społecznej
14. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
15. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
16. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011-06-10

MZ-DNM-094-14097-4/KCZ/11



Pan

Stanisław Jarosz

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

*Dy. H. Jarosz - p. o. opinii
10.06.2011*

Szanowny Panie Wiceprez,

W nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli w zakresie realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i przekazanej Informacji o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 1 czerwca 2011 r., znak: P/10/144, uprzejmie dziękuje za przeprowadzoną kontrolę oraz sformułowane oceny, informacje i wnioski.

Jednocześnie uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do przedłożonej Informacji.

Uprzejmie informuję, iż w mojej opinii używanie pojęcia „położna środowiskowa” jest sprzeczne z nomenklaturą pojęciową określoną w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). W art. 5 pkt 28 ww. ustawy zdefiniowano pojęcie położnej podstawowej opieki zdrowotnej (zwanej dalej: „położną poz”) jako położnej, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Sekretariat Wiceprezesa Stanisława Jarosza

L.dz. 287 data wpływu 10.06.2011



lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie w nomenklaturze pojęciowej stosowanej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie występuje pojęcie „położnej środowiskowej”.

Ponadto załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.) określa wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji. W ww. rozporządzeniu również nie jest stosowany termin „położna środowiskowa”.

Na wstępie pragnę wyjaśnić, że od początku reformy systemu ochrony zdrowia, czyli od 1999 r. w podstawowej opiece zdrowotnej (co dotyczy również świadczeń położnej rodzinnej/podstawowej opieki zdrowotnej), jako główny model finansowania świadczeń został przyjęty model finansowania kapitałowego. Dlatego też stwierdzenie zawarte w ww. Informacji, że jest to płacenie za gotowość do udzielenia świadczeń jest tylko częściowo prawdziwe, ponieważ, do 2008 r., czyli przez 10 lat był to jedyny sposób finansowania świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Zauważyć należy, iż świadczenia innych świadczeniodawców – lekarzy poz, pielęgniarek poz, są także finansowane metodą kapitałową.

Środowisko położnych oraz Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego wielokrotnie zgłaszali, że model ten nie jest w opiece położnej poz właściwy, ponieważ nie daje motywacji do zwiększenia liczby wizyt i objęcia lepszą opieką kobiet i noworodków/niemowląt. Dlatego w 2007 r. zostały podjęte rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w czasie których rozpoczęto wypracowywanie narzędzi, które dawałyby możliwość monitorowania wizyt (ówczesne zapisy szczegółowych warunków kontraktowania nie dawały takiej możliwości) oraz motywację do objęcia opieką głównie kobiet ciężarnych, przygotowując je do samoobserwacji i samoopieki w okresie ciąży, porodu oraz porodu. Ważnym elementem działań położnych, który był podnoszony na spotkaniu, była promocja karmienia piersią zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Szkoły rodzenia nie były finansowane ze środków publicznych, dlatego znaczna część ciężarnych nie była przygotowana do porodu i opieki nad noworodkiem/niemowlęciem przez położne. Szkoły rodzenia były i nadal w większości są prowadzone komercyjnie,





dlatego jest to świadczenie dostępne ze względów ekonomicznych tylko dla określonej (zamożniejszej) grupy kobiet.

W 2008 r. został opracowany mieszany model realizacji i finansowania świadczeń położnej poz – kapitacja oraz zapłata za zrealizowane świadczenie (zadanie). W pierwotnej wersji grupa robocza zaproponowała 10 usług w katalogu świadczeń położnej rodzinnej. Po długich debatach powstał zmniejszony katalog, aktualnie obowiązujący. System kapitacyjno-zadaniowy został wdrożony od 2009 r.

Świadczenia, które zostały wyodrębnione to: patronaż u noworodka, porada edukacyjna w opiece przedporodowej oraz opieka nad kobietą po operacji ginekologicznej i ginekologiczno-onkologicznej. Cena za powyższe świadczenia została ustalona na poziomie poniżej kosztów faktycznych, które są ponoszone w związku z ich realizacją. Działanie takie było celowe, ponieważ nie chodziło tylko o wyodrębnienie tych świadczeń, tak jak w ww. Informacji jest to wielokrotnie artykułowane, tylko o stworzenie mechanizmu kontroli i narzędzi motywujących do realizacji tych świadczeń. Najwyżej została wyceniona porada edukacyjna w opiece przedporodowej, ponieważ w tamtym okresie z analizy w zakresie opieki nad kobietą ciężarną i jej rodziną wynikało, że istnieje w tym zakresie duży deficyt. Również dane epidemiologiczne w Polsce wskazują na wzrost porodów przedwczesnych, porodów dzieci z niską masą ciała, choroby współistniejące z ciążą, w tym cukrzycę ciężarnych. Sytuacja ta wymagała (wymaga nadal) wzmożonych działań edukacyjnych w tym zakresie. Najtańszą i najskuteczniejszą formą wydają się być spotkania edukacyjne z kobietami ciężarnymi.

W ww. Informacji zostało wykazane, że większość kobiet nie ma świadomości możliwości wyboru położnej poprzez złożenie do niej deklaracji wyboru. Ten problem był wielokrotnie poruszany przez położne podstawowej opieki zdrowotnej. Kobiety w Polsce nadal oczekują opieki położnej tylko wtedy, gdy zaistnieje jakaś okoliczność wymagająca interwencji położniczo-ginekologicznej. Niska świadomość społeczna znaczącej liczby kobiet powoduje, że podobnie jest we wszystkich innych świadczeniach w tym z zakresu lekarza poz (rodzinnego), jak również pielęgniarki poz (rodzinnego) – pacjent zgłasza się tylko wtedy, gdy potrzebuje pomocy medycznej, mniej chętnie ubezpieczeni korzystają z porad profilaktycznych niż z porad interwencyjnych.

Należy przy tym podkreślić, że zakres zadań położnej jest wąski w porównaniu z innymi świadczeniodawcami poz, dlatego znaczna część kobiet nie widzi potrzeby złożenia deklaracji





wyboru do położnej poz. Kobiety składając kilka, a nawet kilkanaście lat temu deklarację nie przywiązywały wagi do tego faktu, dlatego w sytuacji, kiedy nie potrzebują opieki położnej poz nie potrafią wskazać jej z imienia i nazwiska. Ponadto w wielu placówkach podstawowej opieki zdrowotnej dane personalne położnej są wpisywane w deklaracji przez pracowników placówki, a nie przez samą pacjentkę. Skutkiem tych działań jest anonimowość świadczeniodawcy, jakim jest położna poz. Niedostateczna promocja działań położnej poz przez zakłady opieki zdrowotnej utrzymuje ten stan.

Wcześniejszy mechanizm finansowania świadczeń, o charakterze tylko kapitacyjnym, oraz bardzo nisko wyceniona kapitacyjna stawka na jedną osobę płci żeńskiej wymusiła ekonomicznie pośpieszne zebranie deklaracji (województwo śląskie i opolskie). W związku z powyższym ważnym faktem jest, iż jedna położna może mieć zadeklarowanych do 6.600 kobiet oraz noworodków obu płci do 2 miesiąca życia. Konieczność zebrania w krótkim czasie pierwszego roku funkcjonowania nowego systemu ochrony zdrowia takiej liczby deklaracji, która pozwoliłaby funkcjonować praktykom położnych spowodowała, że nie było czasu na właściwe promowanie się położnej w środowisku zadeklarowanych pacjentek. Położne nie są w stanie poznać wszystkich swoich podopiecznych, które są do nich zadeklarowane.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż stwierdzenie, które znajduje się w Informacji w części 2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności str. 6, akapit pierwszy, wiersz 16 od góry („Tymczasem świadczenia objęte stawką kapitacyjną, które powinny być wykonane w warunkach ambulatoryjnych nie są realizowane wcale lub w bardzo ograniczonym zakresie”) jest nieprecyzyjne. Wskazuje na to, że Najwyższa Izba Kontroli uważa, że zadania położnej powinny być realizowane głównie w gabinecie, co nie jest prawdziwe. Zadania położnej poz wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) w ponad 90% wymagają pracy z pacjentką w jej środowisku zamieszkania, w tym oceny tego środowiska i relacji między członkami rodziny, której nie ma możliwości właściwie dokonać w gabinecie położnej. Prawidłowa opieka położnej poz (rodzinnej) jest prowadzona holistycznie w oparciu o analizę środowiskową. Ocena wydolności opiekuńczo-wychowawczej rodziny jest jednym z głównych elementów jej działań, która pozwala na ocenę zagrożeń zdrowotnych i nieprawidłowości, a następnie podejmowanie działań właściwych dla położnej poz na podstawie diagnozy.



W uwagach i wnioskach zawartych na str. 7 ww. Informacji stwierdzono, iż warunki pracy położnej na terenach wiejskich i miejskich powinny być zróżnicowane. Jest to słuszna uwaga, jednakże takie zróżnicowanie nie może być jedynym kryterium (ocena wieś lub miasto), ponieważ są ośrodki miejskie, których rejon rozciąga się na obszarze w promieniu ponad 20 km, z dodatkowymi utrudnieniami w postaci złej komunikacji. Zagadnienie to było również przedmiotem spotkań w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz debat na posiedzeniach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na terenie Polski, głównie na obrzeżach dużych aglomeracji miejskich, znajdują się gminy wiejskie, gdzie mieszkają pacjentki, które deklarują się do poradni na terenie pobliskiego miasta, ponieważ mają łatwiejszy dostęp do świadczeń.

W ramce na str. 14 ww. Informacji w części 3.1. zapewnienie dostępu do świadczeń położnej na terenie kontrolowanych województw, zaprezentowano dane liczbowe: 54,5 % kobiet z gminy wiejskiej Jejkowice jest objętych opieką położnych z ościennych gmin. Wynika to z faktu, że poradnia położnych poz z Rybnika (miasta sąsiadującego) znajduje się niespełna 2 km od centrum gminy Jejkowice. W ww. Informacji zostało to wyeksponowane, jako brak zapewnienia opieki położnej poz w danej gminie. Z danych uzyskanych przez konsultanta krajowego wynika, że jest to teza nieprawidłowa, ponieważ nie uwzględnia prawa pacjentki do swobodnego wyboru położnej poz, prawo to zaś zapewnia ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przykład ten pokazuje, że podstawą do oceny nie mogą być wyłącznie zestawienia statystyczne. Rzeczywisty stan może znacznie odbiegać od analiz statystycznych i wyciąganych na ich podstawie wniosków.

Z przedmiotowej Informacji wynika, że największe zapotrzebowanie wśród świadczeniobiorców jest na opiekę nad noworodkiem i kobietą w okresie połogu i takich porad wykonywanych jest najwięcej wśród skontrolowanych świadczeniodawców. Jest to skutkiem m.in. potrzeb, jakie są priorytetowe w określonej populacji. Nie wszystkie zadania realizowane przez położne poz spotykają się z dostatecznie dużym społecznym zapotrzebowaniem, czego przykładem jest brak w wypisach szpitalnych po zabiegach ginekologiczno-onkologicznych informacji dla pacjentki o zgłoszeniu się do położnej poz – większość tego rodzaju opieki spoczywa na pielęgniarkach podstawowej opieki zdrowotnej. Pilność i niezwłoczność wizyt patronażowych oraz opieki nad kobietą w okresie połogu stanowi priorytet wszystkich zadań realizowanych przez położną poz. Pozostałe zadania





przegrywają z ważnością i pilnością ww. zadań – co nie oznacza, że nie realizowane są w ogóle. Pacjentki same wskazały w 95% na bardzo dobre zabezpieczenie właśnie tych świadczeń, które w ich odczuciu są najważniejsze i dają poczucie bezpieczeństwa zarówno noworodkowi jak i matce. Zabezpieczenie dostępności do świadczeń to zadanie dla płatnika usług zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia, zaś realizacja leży po stronie świadczeniodawcy, który zawarł umowę na ten rodzaj świadczeń.

Brak świadomości w społeczeństwie na temat przysługujących im praw i możliwości korzystania z refundowanych świadczeń zdrowotnych nie tylko u położnej, ale i całego systemu ochrony zdrowia to problem nierozwiązany od lat w ciągle reformowanym systemie ochrony zdrowia. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ww. zadanie winno być realizowane jako zadanie własne gminy, a tak nie jest. Nie tylko położna edukuje i informuje pacjentów, inni świadczeniodawcy też mają taki obowiązek, szczególnie lekarz poz, który zgodnie z założeniem powinien być przewodnikiem pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Mając na uwadze niedoskonały system opieki w podstawowej opiece zdrowotnej Minister Zdrowia powołał 26 stycznia 2011 r. Zespół do spraw opracowania zmian organizacji systemu w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wspomniana wyżej Informacja jest kolejnym dowodem na to, że zmiany w systemie podstawowej opieki zdrowotnej są niezbędne, by można było racjonalnie wydatkować środki finansowe, mówić o wysokiej jakości usług w systemie ochrony zdrowia, dostępności i należytej wykonalności na poszczególnych poziomach świadczeń. Obszerna dokumentacja medyczna nie odzwierciedla w rzeczywistości należycie wykonanej pracy położnej. Brak świadomości samych położnych, co do ważności roli, jaką odgrywają one w systemie ochrony zdrowia, słabe przygotowanie do zmian systemowych i do roli samodzielnych podmiotów gospodarczych, nie stworzyło do tej pory silnych i umocowanych w systemie ochrony zdrowia samodzielnych podmiotów położniczych kontraktujących bezpośrednio świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Brak szkoleń ze strony samorządu pielęgniarek i położnych z zakresu zmieniających się aktów prawnych oraz szkoleń rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy danej właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych to też część składowa, która niewątpliwie przyczyniła się do oceny Najwyższej Izby Kontroli zawartej w ww. Informacji. Finansowanie świadczeń położnej poz metodą kapitacyjną, które opiera się na zasadzie solidaryzmu społecznego, podobnie jak cały system ubezpieczenia zdrowotnego, nie jest rozwiązaniem optymalnym, ale na chwilę obecną jest to





system funkcjonujący w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie w przyszłości standardów świadczeń położnej w podstawowej opiece zdrowotnej, tak jak ma to miejsce w opiece okołoporodowej, może przyczynić się do uporządkowania tego rodzaju świadczeń.

Reasumując należy zauważyć, że kontrola została przeprowadzona w 27 podmiotach na terenie Polski. Liczba umów na świadczenia położnej poz w poszczególnych latach kształtuje się na poziomie ok. 4000, tak więc kontrola 27 podmiotów stanowi ok. 0,67 % wszystkich umów realizowanych w ciągu roku przez położne poz. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, jak i w ocenie Ministerstwa Zdrowia wyniki kontroli nie mogą stanowić podstawy do formułowania ogólnej oceny i wniosków dotyczących świadczeń realizowanych przez położne poz na terenie całej Polski.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż podtrzymuję stanowisko wyrażone przez Pana Jacka Paszkiewicza Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w piśmie z dnia 28 marca 2011 r., znak: CF/DSOZ/2011/076/0292/W/08636/KLL, przy którym przekazano zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli.

Uprzejmie informuję, że zakres zadań oraz świadczeń gwarantowanych realizowanych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej został określony w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, natomiast uprawnienia świadczeniobiorcy do dokonania wyboru m.in. położnej podstawowej opieki zdrowotnej zostały określone postanowieniami art. 28 i art. 244 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z powyższym funkcjonujący obecnie system finansowania świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje dwa równoległe sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) rozliczenia z zastosowaniem kapitacyjnej stawki rocznej;
- 2) rozliczenia z zastosowaniem ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej.

Przyjęty w 2009 r. sposób rozliczania świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej poprzez uzupełnienie finansowania kapitacyjnego, obowiązującego od 1999 r., finansowaniem za wykonanie konkretnych czynności (wizyt związanych z edukacją przedporodową, wizyt patronażowych oraz wizyt związanych z opieką pooperacyjną w schorzeniach ginekologicznych i onkologiczno-położniczych) miał stanowić element motywujący dla właściwego sprawowania opieki przez położne podstawowej opieki zdrowotnej. Jednakże nie wszystkie świadczenia udzielane przez położne poz przedstawiane





do rozliczenia oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zostały wykonane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Nie mniej jednak pragnę wskazać, że określenie standardu medycznego udzielanego świadczenia, a takim można by nazwać próbę konkretyzacji świadczeń w ramach realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami, pozostaje poza kompetencjami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi cykliczne analizy struktury wydatków i usług w zakresie świadczeń położnych poz, jednakże do prowadzonych analiz może wykorzystywać dane w ograniczonym zakresie, które zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.).

Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi analizy związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń w każdym z zakresów podstawowej opieki zdrowotnej poprzez badania dostępności określonej jako liczba położnych przypadających na populację świadczeniobiorców pozostających do objęcia opieką.

Odnosząc się do wniosku Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego zapewnienia prawidłowej realizacji zadań położnej poz, w tym właściwej jakości świadczeń wykonywanych zarówno w formie wizyt domowych, jak i w gabinecie, w szczególności poprzez weryfikację dotychczasowych zasad kontroli oraz monitoringu kontraktów przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie informuję, iż w ramach rozpoczętego w 2008 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia procesu ujednolicania w skali całego kraju warunków walidacji i weryfikacji świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia podejmowane są działania w zakresie objęcia procesem walidacji i weryfikacji świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy jednakże zdawać sobie sprawę, że możliwości prowadzenia przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia weryfikacji udzielonych świadczeń ograniczone są zakresem danych przekazywanych przez świadczeniodawców zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez





świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Natomiast, dokonanie oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym przez położną poz, możliwe jest do wykonania wyłącznie w ramach kontroli przeprowadzanych u świadczeniodawców w trybie określonym w art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których ilość uwarunkowana jest ograniczeniami wynikającymi z możliwości kadrowych Narodowego Funduszu Zdrowia, głównie w zakresie liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w komórkach kontroli świadczeniodawców.

Jednocześnie pragnę wskazać, że do kontroli prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości uprawnione są, oprócz Narodowego Funduszu Zdrowia, również kompetentne służby organów rejestrujących zakłady opieki zdrowotnej i indywidualne praktyki pielęgniarskie (w tym położnicze) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) i ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.).

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż podzielam stanowisko wyrażone przez Panią Leokadię Jędrzejewską Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego pismem z dnia 14 kwietnia 2011 r., znak: KK/23/04/11, które zostało przekazane Najwyższej Izbie Kontroli pismem z dnia 17 maja 2011 r., znak: CF/DSOZ/2011/076/0443/W/13615/KKL (kserokopie ww. pism stanowią załącznik nr 1 i 2 do niniejszego pisma).

2

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc

Załączniki:

- 1) Pismo z dnia 17 maja 2011 r., znak: CF/DSOZ/2011/076/0443/W/13615/KKL – 1 ark.;
- 2) Pismo z dnia z dnia 14 kwietnia 2011 r., znak: KK/23/04/11 – 3 ark.



znak: CF/DSOZ/ 2011/ 076/0943 /w/13615/KKL

Warszawa, dnia 17.05.2011 r.

Dyrektor	Delegatura NIK w Krakowie	DP
1. D.		SP
2. K.	23.05.2011	
3. K.		
Nadz.		
Kont.		

dr. Stodol
WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Stanisław Jarosz
SZYBKA KONTROLA
rozdział SP
data 14.05.11. Zał. 1
nazwa Sprawa

Pan
Jacek Jezierski
Przewodniczący
Kolegium Najwyższej Izby Kontroli

W uzupełnieniu pisma CF/DSOZ/2011/076/0292/w/08636/KKL z dnia 28 marca 2011 roku w sprawie wystąpienia pokontrolnego znak P/10/144 oraz pisma WPK/WPZ-000-6/2011 z dnia 12 maja 2011 roku przekazuję uwagi zgłoszone przez Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – Mgr Leokadii Jędrzejewskiej nadesłane pismem KK/23/04/11 z dnia 14 kwietnia 2011 roku.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Sekretariat Wiceprezesa Stanisława Jarosza

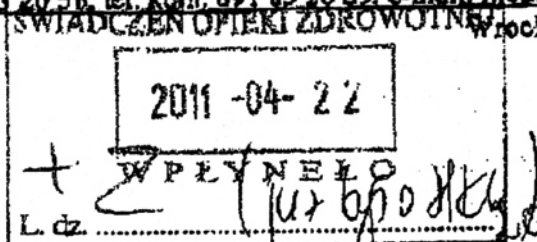
L.dz. 260 data wpływu 19.05.2011 r.
255

DSO2
21042011
PL

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska
DOIPIP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50
Adres do korespondencji: 54-207 Wrocław, ul. Na Ostatnim Groszu 70/12
Tel/fax 0-71 371 20 56, tel. kom. 671 63 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
Wrocław, dnia 14 kwietnia 2011r.

KX/23/04/11

Pan
Jacek Paszkiewicz
Prezes NFZ



Szanowny Panie Prezisie

W odpowiedzi na pismo z dnia 28 marca 2011r., znak: CF/DOZ/2011/276/0292/W/08342/HKL, dotyczące „Wystąpienia pokontrolnego” Najwyższej Izby Kontroli dotyczące kontroli realizacji zadań położnych podstawowej opieki zdrowotnej, przesyłam uwagi, sugestie i propozycje.

1. W 2007 roku podczas negocjacji związanych z wprowadzeniem świadczeń finansowanych odrębnie przez NFZ (finansowanie w systemie mieszanym - kapitacja oraz zadania) zamysłem tych działań nie było wprowadzenie odrębnego finansowania świadczeń położnej poz w zakresie wymienionym w zarządzeniu Prezesa NFZ tylko wprowadzenie narzędzi, które umożliwiłyby monitorowanie pracy położnej poz. Wyliczona cena np. wizyty patronażowej w kwocie 26,00 zł nie pokrywa ostatecznego kosztu wykonania tej usługi przez położną poz (materiały, środki, koszty pracy). Nie bez znaczenia są też koszty przejazdu do środowiska domowego kobiety, noworodka/niemowlęcia, które często przekraczają ponad 20 km. i więcej (tereny wiejskie, górskie). Pozostały koszt w/w świadczenia jest pokrywany ze stawki kapitacyjnej zadeklarowanej populacji (opieka nad kobietą w porożu, świadczenia laktacyjne i inne). Uważam, że po latach bardzo niskiego finansowania świadczeń położnej rodzinnej (od 26 do 30 groszy w latach 2002 - 2004), ten sposób finansowania jest dodatkową motywacją do realizacji tego zadania i przynosi pożądane efekty, może jedynie nie w takim tempie, jakiego oczekujemy?

Aktualny system finansowania spowodował z pewnością wzrost wydatków na świadczenia położnej poz, podkreślany w wystąpieniu pokontrolnym, ale też nieporównywalnie wzrosła liczba świadczeń zrealizowanych przez położne poz, faktycznie wykonywanych w warunkach domowych, co przekłada się na lepsze rozpoznanie środowiska rodzinnego i jej potrzeb.

2. Wykazany w wystąpieniu pokontrolnym brak realizacji zadań położnej poz ujętych w rozporządzeniu MZ z 2005 roku uważam, że zadania w dużej części są realizowane, jednakże brakuje zapewne wyraźnego ich udokumentowania. Porady edukacyjne z zakresu zadań położnej poz realizuje ona względem całej rodziny. Położna będąc na wizycie patronażowej u noworodka i położnicy edukuje nie tylko pacjentkę, ale również kobiety z tej rodziny.

Obecnie brakuje jednolitego wzoru dokumentacji położnej, poz, która obejmowałaby dokumentowanie wykonanych wszystkich zrealizowanych świadczeń profilaktycznych i edukacyjnych. Dlatego wyniki kontroli bazujące na dokumentacji sporządzanej indywidualnie przez każdego ze świadczeniodawców wykazały deficyty w tym zakresie.

3. Kolejnym argumentem przemawiającym za uzyskaniem stanem wyników pokontrolnych zbyt małej ilości realizowanych porad edukacyjnych dla kobiet ciężarnych jest system organizacji pracy w poszczególnych placówkach poz, których właściciele informują, że w ramach zawartych kontraktów oni nie podpisali wykonywania takich świadczeń przez położną poz. Finansowanie odrębnych świadczeń położnej poz (porada edukacyjna, której cena wynosi 31,00 zł nie rekompensuje realnych kosztów) nie stanowi dla pracodawców źródła motywowania położnych do ich wykonywania.

Zdaniem konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, sytuacja zdecydowanie poprawia się o czym świadczą raporty pokontrolne Nadzoru nad Matką i Dzieckiem Urzędów Wojewódzkich.

4. Zarzut dotyczący niedostatecznej wiedzy kobiet, społeczeństwa nt. świadczeń i dostępności do usług położnej poz, w grupie ankietowanych kobiet wynika z faktu braku rzetelnej informacji o kompetencjach położnej poz i panujących na ten temat stereotypach, w których położna jest utożsamiana z obsługą porodu i opieką nad matką i noworodkiem. Początek problemu wynika z samego systemu deklarowania się do poz przez kobiety, które otrzymując jeden druk deklaracji na świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej poz, które nie mają rozróżnienia w zakresie świadczeń realizowanych przez położną poz, często myliły świadczenia realizowane przez pielęgniarkę i położną. Ponadto w wielu placówkach poz dane personalne położnej i pielęgniarki są wpisywane przez pracowników placówki a nie przez samą pacjentkę. Skutkiem tych działań jest anonimowość świadczeniodawcy, jakim jest położna poz. Kolejną kwestią jest upływ czasu od złożenia deklaracji do momentu korzystania z usług położnej poz. Po upływie kilku lat od złożenia deklaracji pacjentka zapomina danych położnej. Uważam ponadto, że bazowanie na opinii zaledwie 16% respondentek biorących udział w badaniu, nie jest wiarygodnym odnośnikiem do faktycznego stanu w całej populacji.

Wprowadzenie w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem powinien spowodować wzrost zainteresowania kobiet świadczeniami położnej poz. Rozporządzenie obowiązuje ponadto lekarza prowadzącego kobietę ciążarną (lub położną) do skierowania pacjentki (pomiędzy 21 a 26 tyg. ciąży) do położnej poz, celem objęcia opieką.

5. Problem niewłaściwego dokumentowania świadczeń przez położną poz wynika częściowo z faktu funkcjonowania w okresie objętym kontrolą (2008-2009) dwóch odrębnych rozporządzeń dotyczących dokumentacji medycznej – jedno do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej drugie do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Inne przepisy w tym zakresie obowiązywały położne świadczące usługi w zakładzie opieki zdrowotnej, a inne położne pracujące w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki położnej. Od stycznia 2011 problem został rozwiązany dzięki wejściu w życie rozporządzenia o dokumentacji medycznej do ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co ujednoliciło sposób dokonywania zapisów w dokumentacji medycznej i sytuacja ta powinna przynieść wymierne efekty.

6. Przyczyny niedostatecznej liczby świadczeń należy upatrywać również w sposobie zatrudniania przez zakłady opieki zdrowotnej szczególnie przez NZOZ-y lekarskie, położnych poz, przede wszystkim na umowę zlecenie lub umowę cywilno-prawną ze wskazaniem świadczeń, często wybranych z listy świadczeń finansowanych w formie zadaniowej np. tylko wizyt patronażowych i w określonej liczbie (często mniejszej od obowiązujących). Każde kolejne wejście położnej do środowiska są „stratą finansową”, więc zakłady opieki nie czują potrzeby propagowania zadań położnej poz. Tak zorganizowana praca położnej poz jest wyrywkowa, brak jej kompleksowości i ciągłości. O tej sytuacji utrzymującej się od 1999r. do chwili obecnej wielokrotnie informowałam Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

7. Aktualny system informatyczny uniemożliwia wykazanie wszystkich zrealizowanych wizyt patronażowych w danym miesiącu przez położną poz, ponieważ przyjmuje taką liczbę za jaką maksymalnie finansuje NFZ (3 wizyty w 1 miesiącu i 3 w drugim miesiącu do 6 tyg. życia niemowlęcia - ze stawki zadaniowej), nie ma możliwości wpisania wizyt finansowanych ze stawki kapitacyjnej.

8. W wystąpieniu pokontrolnym nie zostały określone, które świadczenia są dublowane, realizowane w ramach stawki kapitacyjnej i zadaniowej

Brakuje też oceny jakości udzielanych świadczeń, dokumentowania ich, przez położne poz samodzielnie praktykujące w ramach indywidualnych, grupowych praktyk czy NZOZ-y prowadzonych przez położne lub pielęgniarki i położne oraz przez położne zatrudnione w NZOZ-ach i praktykach lekarskich prowadzonych przez lekarzy. Dane te stanowiłyby dobrą bazę wyjściową do podejmowanych działań naprawczych.

Mając na uwadze powyższe przedstawiam propozycje, które powinny być podjęte aby podnieść na wyższy poziom opiekę świadczoną na kobietami i dziećmi przez położną poz.

Konieczne jest:

1. Przeprowadzanie przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego wraz z pracownikami Nadzoru nad Matką i Dzieckiem i NFZ, systematycznych, cyklicznych kontroli NZOZ-ów, oraz z Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych kontroli indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk położniczych..
2. Organizowanie szkoleń dla położnej poz we współpracy z okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych.
3. Wzmocnienie roli położnej poz w działaniach podejmowanych na rzecz populacyjnych programów profilaktycznych raka szyjki macicy i raka piersi. Nie ma stworzonych żadnych narzędzi, które by spowodowały zainteresowanie tymi zagadnieniami.
4. Wdrożenie jednolitej dokumentacji dla położnej poz (wprowadzić załącznikiem Prezesa NFZ).
5. Uznanie miejsca realizacji zadań położnej poz w środowisku domowym za priorytetowe, tych w warunkach ambulatoryjnych za wtórne. Jednocześnie zachęcać kobiety, które tego chcą do korzystania z gabinetu. W ocenie kobiet, położną jest osobą (przynajmniej dotychczas), którą nie umiejscawia się z gabinetem, lecz wizytami w domu pacjenta.
6. Zróżnicowanie stawki kapitacyjnej, bądź zróżnicowanie odpłatności za wizytę u pacjenta miejskiego i wiejskiego.
7. Wyższy wzrost wskaźnika urodzeń a także duża populacja przypadająca na jedną położną powodują przede wszystkim realizację podstawowych świadczeń położnej wizyty patronażowej i edukację przedporodową.

Proponuję przeanalizowanie zagadnień ujętych w wystąpieniu pokontrolnym NIK w Narodowym Funduszu Zdrowia z udziałem konsultantów krajowego i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych i innych zgodnie z uznaniem.

Z poważaniem

Leokadia Jędrzejewska

Konsultant Krajowa

w dziedzinie pielęgniarstwa

ginekologicznego i położniczego



Opinia Prezesa NIK
do stanowiska Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2011 r. do informacji o wynikach
kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie
podstawowej opieki zdrowotnej

Odpowiadając na stanowisko przedstawione przez Panią Minister uprzejmie informuję, co następuje.

Kontrola NIK została przeprowadzona w pięciu oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, a więc dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń położnych podstawowej opieki zdrowotnej (poz), jak również zakresu ich finansowania odnoszą się do przeszło 30% populacji, w tym tak liczebnych województw jak śląskie czy małopolskie. W analizach oparto się również na informacji z centrali NFZ o wydatkach i skali świadczeń w całym kraju. Trudno więc zgodzić się z podnoszonym zarzutem niereprezentatywności wyników kontroli, którą objęto „zaledwie” 27 podmiotów. Na uwagę zasługuje także, iż głównym problemem w odniesieniu do zapewnienia właściwej jakości tych świadczeń jest prawie całkowity brak kontroli ze strony NFZ, w tym szczególnie trudny do wytłumaczenia brak kompleksowej analizy danych dostępnych w oddziałach. Tymczasem wybór do kontroli NIK 22 świadczeniodawców opierał się na doborze celowym, możliwym do przeprowadzenia w warunkach działania każdego z oddziałów Funduszu. Uwzględniał podmioty rozliczające zarówno największą liczbę świadczeń w danym województwie, jak i nierozliczające ich wcale. Przy doborze poszczególnych jednostek brano też pod uwagę różnorodność form organizacyjnych świadczeniodawców. Przeprowadzone badania kontrolne miały przede wszystkim charakter badań jakościowych co do warunków udzielania świadczeń, a skala i charakter stwierdzonych nieprawidłowości wskazują, że mogą być one typowe, zwłaszcza w sytuacji dużej dowolności w zakresie dokumentowania udzielania świadczeń oraz niespełniającego założeń o większej motywacji – zdaniem NIK - mieszanego sposobu finansowania. Kontrola pokazała również, że wydatki na świadczenia rosną, a nie idzie to w parze z wykształceniem mechanizmów zapewniających ich jakość, co w trudnej sytuacji niedoboru środków na usługi medyczne jest szczególnie niepokojące.

Nieuzasadnione jest przypisywanie Najwyższej Izbie Kontroli poglądu, zgodnie z którym zadania położnej powinny być realizowane głównie w gabinecie. Bezsporne jest, że położna poz wykonuje zdecydowaną większość zadań w środowisku, w formie wizyt u pacjenta. Niemniej jednak, zgodnie z obowiązującymi przepisami i kontraktem z Funduszem, ma także wykonywać świadczenia w warunkach ambulatoryjnych. Są to, jak wynika z analizy, te zadania, które nie zostały wycenione w formie skonkretyzowanych





świadczeń, a tym samym są objęte stawką kapitatcyjną. Kontrola NIK wykazała, że zdecydowana większość świadczeniodawców nie stworzyła warunków do wykonywania tego rodzaju zadań - i ich nie wykonuje. Biorąc pod uwagę wielkość środków przeznaczanych na położnictwo poz, zwłaszcza w ramach stawki kapitatcyjnej, należałoby oczekiwać zdecydowanie lepszego dostępu do świadczeń położnej wykonywanych w gabinecie.

Odnosząc się do stanowiska Pani Minister w sprawie wieloletniego finansowania świadczeń położnych poz stawką kapitatcyjną, pragnę zaznaczyć, że kontrola NIK dotyczyła lat 2008 – 2010, a więc skutków zmiany sposobu finansowania tych świadczeń. Przywoływane wielokrotnie uzasadnienie dla takiej zmiany jest znane Najwyższej Izbie Kontroli. Wyniki kontroli wskazują jednak na dysproporcję środków przeznaczanych na świadczenia faktycznie wykonywane (finansowane według cen jednostkowych) i „za gotowość” w ramach stawki kapitatcyjnej. Zwracam przy tym uwagę, że użyte w informacji o wynikach kontroli pojęcie „gotowości” jest zgodne z terminologią stosowaną w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Pragnę zaznaczyć, że przytoczona w opinii argumentacja Prezesa NFZ w zakresie weryfikacji zasad rozliczania świadczeń położnych, jak i wykonywania nadzoru oraz kontroli przez oddziały wojewódzkie Funduszu, podniesiona w zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego, nie znalazła poparcia Kolegium NIK, które uchwałą nr 20/2011 z 18 maja 2011 r. oddaliło przedmiotowe zastrzeżenia.

Odnosząc się do wątpliwości zgłoszonych w stanowisku do informacji o wynikach kontroli, uprzejmie wyjaśniam, że sformułowania „położna środowiskowa” użyto w tytule kontroli celowo. Pod pojęciem tym w społeczeństwie powszechnie rozpoznawana jest położna podstawowej opieki zdrowotnej, na co wyraźnie wskazano w pkt 3.1 informacji. Posłużenie się tym terminem uzasadnia przede wszystkim krąg adresatów informacji o wynikach kontroli, który jest znacznie szerszy, niż środowisko posługujące się wyłącznie literalnym brzmieniem aktów prawnych. Zaznaczyć też należy, że identyfikacja „położnej środowiskowej” z położną poz nie budziło dotychczas żadnych wątpliwości w korespondencji związanej z kontrolą, którą prowadzono z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podsumowując pragnę zaznaczyć, że niezależnie od przytoczonych przez Panią Minister i Prezesa NFZ argumentów w dyskusji o wynikach kontroli NIK, z dużą satysfakcją odnajduję zgodność opinii co do negatywnych aspektów funkcjonowania obecnego systemu organizacji i finansowania świadczeń położnych podstawowej opieki zdrowotnej, niskiej świadomości pacjentek o przysługujących im prawach, jak również konieczności





uwzględniania różnic kosztowych przy wycenie świadczeń oraz potrzebie ich standaryzacji. Mam nadzieję, że wnioski końcowe sformułowane w informacji o wynikach kontroli są zatem zbieżne z opisanymi w stanowisku Pani Minister kierunkami zmian, uwzględniającymi potrzebę z jednej strony zmotywowania położnych poz do aktywnego wykonywania ich zadań na rzecz pacjentów, z drugiej zaś - gospodarnego wydatkowania środków publicznych. Uważam, że wyniki tej kontroli będą przydatne w dalszych pracach prowadzonych nad reformą organizacji i finansowania podstawowej opieki zdrowotnej i przyczynią się do poprawy dostępności i jakości świadczeń udzielanych pacjentom.

p.o. WICEPREZESA ^{20M}
Najwyższej Izby Kontroli
24p
Stanisław Jarosz
Stanisław Jarosz

