



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.04.2017
P/17/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie
ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin
T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11
llu@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/061 – Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich
<i>Okres objęty kontrolą</i>	1 stycznia 2016 r. – 30 września 2017 r.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
<i>Kontroler</i>	Edyta Kolano, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/144/2017 z dnia 25 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie, ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew (dalej: „Szpital” lub „SP ZOZ”)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Janusz Hordejuk, dyrektor SP ZOZ (dowód: akta kontroli str. 6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie¹, Najwyższej Izby Kontroli, w okresie objętym kontrolą, Szpital zapewnił kobietom mieszkającym na wsi dostęp do ginekologicznej i położniczej opieki medycznej wykonywanej w warunkach ambulatoryjnych. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza (dalej: Poradnia) spełniała warunki do udzielania świadczeń w kontrolowanym zakresie.

Kobietom w ciąży, które zgłosiły się do Poradni, lekarze wykonali większość zalecanych świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem².

Świadczenia zdrowotne udzielane były przez sześciu lekarzy posiadających wymagane specjalizacje medyczne oraz dwie położne. Pacjentkom zapewniono dostęp do badań, wymienionych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia: 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³ oraz 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁴. Poradnia była wyposażona w sprzęt i aparaturę medyczną wskazaną w ww. rozporządzeniach.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na: udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii w miejscu niezgodnym z umową zawartą

¹ Najwyższa Izba Kontroli (dalej: NIK) stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 1132, dalej: „rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie AOS”.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie programów”.

z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „LOW NFZ”); niedokumentowaniu faktu kierowania pacjentek na badania diagnostyczne i konsultacje medyczne a także wyników tych badań i konsultacji oraz opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych; niezapewnieniu pacjentkom możliwości elektronicznej rejestracji wizyty w Poradni; zawyżeniu wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie Poradni do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. W 2016 r. w Poradni przyjęto 2.561 kobiet, w tym 679 (26,5%) – w ciąży. Pacjentkom udzielono 6.083 porady, z których 2.956 (48,6%) związanych było z ciążą. U 1.369 pacjentek wykonano 1.394 cytologii, w tym 932 (66,8%) w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy (dalej: program profilaktyki).

W 2017 r. (do 30 września) do Poradni zgłosiło się 2.053 kobiety, w tym 578 (28,2%) w ciąży. Lekarze udzielili 4.624 porady, w tym 2.361 (51,1%) kobietom w ciąży. Wykonano 752 badania cytologiczne u 742 pacjentek, w tym 330 (43,9%) w ramach programu profilaktyki.

(dowód: akta kontroli str. 8-11)

SP ZOZ udzielał świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii na podstawie zawartej z LOW NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁵. Zgodnie z postanowieniami umowy z LOW NFZ Szpital realizował także etap podstawowy⁶ programu profilaktyki raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 18-109)

Zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowie z LOW NFZ obejmował:

- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (zakres podstawowy), które w 2016 r. zakontraktowano w ilości 40.326 pkt o wartości 391.162,20 zł (wykonano 40.258,50 pkt o wartości 390.507,45 zł), a w 2017 r. (do 30 września) 30.728 pkt o wartości 298.061,60 zł (wykonano 31.152,42 pkt o wartości 302.178,48 zł). Wartość nadwykonań za trzy kwartały 2017 r. wyniosła 4.116,88 zł;
- świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii (zakres skojarzony z zakresem podstawowym). W 2016 r. zakontraktowano 3.447,00 pkt o wartości 33.435,90 zł (wykonano 4.229,50 pkt o wartości 41.026,15 zł). Nadwykonania wyniosły 7.590,25 zł. W 2017 r. (do 30 września) zakontraktowano 2214 pkt o wartości 21.475,80 zł (wykonano 4.765,11 pkt o wartości 46.221,57 zł). Nadwykonania wyniosły 24.745,77 zł;
- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna. W 2016 r. zakontraktowano 168 pkt o wartości 1.629,60 zł, a w 2017 r. (do 30 września) 48 pkt o wartości 465,60 zł. Szpital nie wykonywał świadczeń w tym zakresie;
- pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (zakres skojarzony z zakresem podstawowym). W 2016 r. zakontraktowano 2.206 pkt o wartości 21.398,20 zł (wykonano odpowiednio: 1.842 pkt

⁵ Umowa Nr 03-00-00415-11-07 (03-11-02-00415-02) zawarta 31 grudnia 2010 r. wraz z aneksami, obowiązująca od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2017 r., dalej: „umowa z LOW NFZ”.

⁶ Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.

i 17.867,40 zł), a w 2017 r. (do 30 września) - 1.159 pkt o wartości 11.242,30 zł (wykonano 633 pkt i 6.140,10 zł).

W okresie objętym kontrolą wartość punktu rozliczeniowego była wyceniona na 9,70 zł. LOW NFZ nie zapłacił Szpitalowi za nadwykonania w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 7)

2. Personel medyczny udzielający świadczeń w Poradni posiadał kwalifikacje określone w rozporządzeniach: w sprawie AOS oraz w sprawie programów zdrowotnych. Zatrudnionych było sześciu⁷ lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jeden lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dwie położne posiadające ukończony kurs dokształcający w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki. Lekarze odbyli też dodatkowe szkolenia dotyczące diagnostyki ultrasonograficznej w ginekologii. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych były wykazane w umowie z LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 18-40, 110-120, 151-154)

3. Szpital zapewniał udzielanie świadczeń w Poradni przez pięć dni w tygodniu: w poniedziałek i w czwartek od 8.00 do 15.00, we wtorek od 12.00 do 19.00, w środę od 11.00 do 16.00 oraz w piątek od 7.00 do 15.00. Godziny pracy Poradni były zgodne z harmonogramem, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy z LOW NFZ. W czwartek, w godzinach od 11.00 do 13.00⁸, świadczenia były udzielane jednocześnie przez dwóch⁹ lekarzy ginekologów.

(dowód: akta kontroli str. 13-40, 176-189)

W trakcie kontroli NIK, Poradnia wyposażona była w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą od świadczeniodawcy udzielającego porad specjalistycznych w zakresie położnictwa i ginekologii¹⁰ oraz od realizatorów etapu podstawowego programu profilaktyki raka szyjki macicy¹¹, tj.: w fotel ginekologiczny, detektor tętna płodu oraz zestawy¹² do pobierania materiału do badań cytologicznych. Na wyposażeniu Poradni znajdowało się również urządzenie kardiograficzne (KTG).

Sposób urządzenia Poradni spełniał wymogi określone w § 36 ust 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³, tj. pomieszczenia wyposażono w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Gabinet lekarski, w którym wykonywano badania i zabiegi przy użyciu narzędzi wielokrotnego użycia, niezależnie od umywarek wyposażono w zlew z baterią. W strukturze Szpitala funkcjonowała Sterylizatornia¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 176-189, 223-229)

Sprzęt i aparatura medyczna były poddawane przeglądom technicznym, o których mowa w § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 176-179, 190)

⁷ Do 31 sierpnia 2016 r., w późniejszym okresie – pięciu.

⁸ Według informacji zamieszczonej na drzwiach Poradni.

⁹ Godziny przyjęć: 8.00 do 15.00 oraz 11.00 do 13.00.

¹⁰ Lp. 34 zał. nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS.

¹¹ Poz. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych.

¹² Wziernik jednorazowy, jednorazowa szczoteczka umożliwiające pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy.

¹³ Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

¹⁴ Jednostka organizacyjna Szpitala.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.

W trakcie oględzin przeprowadzonych w dniu 10 października 2017 r. przez kontrolera NIK, w Poradni nie było aparatu KTG (rok produkcji 2012) oraz aparatu USG (rok produkcji 1998), które były wymienione w umowie z LOW NFZ w zasobach Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 139-150, 176-179)

4. SP ZOZ zapewnił dostępność wykonywania badań określonych w rozporządzeniu w sprawie AOS, tj. kolposkopii, USG i krioterapii (w Poradni), elektrokoagulacji i RTG (w Szpitalu). Realizację pozostałych badań¹⁶ powierzono podwykonawcom, o czym poinformowano LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 135-138, 176-179)

5. Z informacji udzielonej przez jedną z położnych wynika, że pacjentki przyjmowane były do Poradni na bieżąco, w dniu zgłoszenia lub w dowolnym, wybranym przez siebie terminie.

(dowód: akta kontroli str. 176-189)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że kobiety w ciąży przyjmowane są poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej w danym dniu listy pacjentów zarejestrowanych w Poradni. Świadczenia dla kobiet ciężarnych są realizowane w dniu zgłoszenia. W Poradni nie jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 192-197)

Pacjentkom w ciąży nieobjętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym świadczenia, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 uśoz, udzielane były bezpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 131-134, 186-187)

Szpital nie zapewnił pacjentkom możliwości elektronicznej rejestracji wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 192-194)

6. W badanym okresie do SP ZOZ nie wpływały skargi pacjentów dotyczące udzielania przez Poradnię świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 124-140)

7. W latach 2016-2017¹⁸ Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie, w ramach nadzoru bieżącego w Zespole Poradni Specjalistycznych w Parczewie, przeprowadził¹⁹ jedną kontrolę Poradni, w której stwierdzono nieprawidłowy sposób przechowywania worka Ambu znajdującego się w zestawie do reanimacji. Aparat przechowywany był w sterylnej serwecie w sposób niezapewniający szczelności pakietu i był poddawany jedynie dezynfekcji. Po kontroli worek Ambu został wymieniony na nowy, podlegający sterylizacji i jest przechowywany w jałowym pakiecie.

(dowód: akta kontroli str. 174-175, 191)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Udzielanie przez jednego z lekarzy świadczeń zdrowotnych w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, zamiast w Poradni, tj. w miejscu wskazanym w umowie LOW NFZ. Stanowiło to naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie

¹⁶ Badania laboratoryjne i diagnostyczne realizował podmiot zewnętrzny, udzielający świadczeń w pomieszczeniach SP ZOZ. Mammografia wykonywana była w pracowni Przyjmującego Zamówienie.

¹⁷ Dz. U. 2017 poz. 1938, dalej: „uśoz”.

¹⁸ Do zakończenia czynności kontrolnych.

¹⁹ W dniu 1 września 2017 r.

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym, zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na pisemny wniosek świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 180, 198-202, 239)

Dyrektor SPZOZ potwierdził, że jeden lekarz przyjmował pacjentki w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 238-239)

Według wyjaśnień lekarza bezpośrednim powodem przyjmowania pacjentek w gabinecie zlokalizowanym w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym była potrzeba udostępniania zasobów szpitala poza godzinami udzielania świadczeń w Poradni K. Pacjentki były przyjmowane w gabinecie znajdującym się w tym samym obiekcie, pod tym samym adresem, spełniającym wszystkie wymogi przewidziane dla pomieszczeń zakładu opieki zdrowotnej, w tym samym pomieszczeniu, w którym udzielane są porady konsultacyjne dla pacjentek innych oddziałów Szpitala.

(dowód: akta kontroli: str. 198-202)

Dyrektor Szpitala podał, że lekarzowi nie udzielono zgody na przyjmowanie pacjentek w gabinecie zlokalizowanym w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym zamiast w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 238-239)

W latach 2016-2017 (do 30 września) w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego lekarz przyjął 898 pacjentek, a Szpital rozliczył²⁰ wykonane świadczenia na kwotę 126.888,22 zł.

(dowód: akta kontroli: str. 206-207)

2. Na wyposażeniu Poradni, w dniu oględzin przeprowadzonych przez kontrolera NIK (10 października 2017 r.), nie było aparatu KTG (rok produkcji 2012) oraz aparatu USG (rok produkcji 1998), które w umowie z LOW NFZ wykazane zostały w miejscu udzielania świadczeń. W § 2 ust. 9 Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z LOW NFZ wskazano, że Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

(dowód: akta kontroli: str.176-179)

Dyrektor wyjaśnił, że aparat USG (rok produkcji 1998) był konserwowany przez pracownika Działu Utrzymania Ruchu, a aparat KTG (rok produkcji 2012) został pożyczony na Oddział Ginekologiczno-Położniczy.

(dowód: akta kontroli: str.192-194)

W dniu 13 października 2017 r., w trakcie kontroli NIK, do Poradni zwrócono wymienione wyżej sprzęty.

(dowód: akta kontroli: str.190)

3. Szpital nie zapewnił pacjentkom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, co było niezgodne z art. 23a uśoz.

(dowód: akta kontroli str. 192-194)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjentki nie mają możliwości rejestracji do Poradni drogą elektroniczną z powodu braku funkcjonalności systemu informatycznego.

(dowód: akta kontroli str. 194)

²⁰ W 2016 r. lekarz przyjął 503 pacjentki, a Szpital z tytułu realizacji umowy z LOW NFZ uzyskał 69.578,10 zł, w 2017 r. (do 30 września) - 395 pacjentek, a Szpital rozliczył świadczenia o wartości 57.310,12 zł.

Poradnia²¹ była właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii. Pacjentkom zapewniono dostęp do Poradni przez pięć dni w tygodniu, w tym także w godzinach popołudniowych, jednak nie umożliwiono umawiania się drogą elektroniczną na wizyty. Zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Szpital terminowo wykonywał przeglądy techniczne urządzeń i aparatury medycznej dostępnych w Poradni. Jeden lekarz udzielał świadczeń w miejscu niezgodnym ze wskazanym w umowie z LOW NFZ. W czasie oględzin NIK, na wyposażeniu Poradni brakowało aparatów: KTG i USG, które były wymienione w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Wykonywanie badań zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej i przestrzeganie praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

1. Analizą objęto dokumentację 50 losowo wybranych pacjentek, które w latach 2016-2017 (do 30 września) zgłosiły się do Poradni z powodu ciąży, z których 42 (84%) mieszkały na wsi. W dokumentacji medycznej wszystkich pacjentek odnotowano wykonanie następujących świadczeń profilaktycznych oraz badań diagnostycznych (niezależnie od przedziału czasowego ciąży), zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej:

- badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe,
- badanie położnicze,
- morfologię krwi, grupę krwi i Rh,
- badanie w kierunku: toksoplazmozy (IgG, IgM), VDRL, różyczki,
- badanie stężenia glukozy we krwi,
- ocenę czynności serca płodu,
- ocenę aktywności płodu i ocenę ruchów płodu,
- badanie KTG.

(dowód: akta kontroli str. 121-123, 253-261)

Z analizowanej dokumentacji medycznej 50 pacjentek wynikało, że dwóm²² pacjentkom (4%) lekarze zlecieli wykonanie wszystkich badań diagnostycznych i konsultacji medycznych zalecanych w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardów okołoporodowych, a czterem pacjentkom (8%) – zlecono wykonanie wszystkich świadczeń profilaktycznych.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Zgodnie z poddaną analizie dokumentacją, do Poradni w okresie objętym kontrolą, zgłosiło się 25 kobiet do 10 tygodnia ciąży (dalej: t. c.)²³. Według dokumentacji medycznej:

- wszystkim pacjentkom wykonano badanie ogólne przedmiotowe i podmiotowe, badanie we wzroku, badanie zestawione, badanie grupy krwi i Rh, morfologię

²¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową.

²² Pacjentki zgłosiły się do Poradni w różnym przedziale czasowym ciąży i miały wykonane wszystkie badania zalecane w tym okresie w rozporządzeniu w sprawie standardów okołoporodowych.

²³ W każdym przedziale czasowym ciąży na wizyty zgłaszała się różna liczba kobiet, głównie z powodu opuszczania i nieterminowego zgłoszenia się do Poradni, bądź zaprzestania z dalszego korzystania z usług Poradni.

- krwi, badanie ogólne moczu, badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, VDRL, badania: HIV, HCV w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i w kierunku różyczki;
- dwóm (8%) nie wykonano badania cytologicznego²⁴,
 - pomiar ciśnienia krwi wykonano u 24 pacjentek (96%),
 - gruczoły sutkowe zbadano u 19 kobiet (76%),
 - wzrost i masę ciała określono u 23 pacjentek (92%),
 - ocenę ryzyka ciążowego i propagowanie zdrowego stylu życia – odpowiednio po 24 pacjentki (96%),
 - jednej kobiecie nie przekazano informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie,
 - przeciwciała odpornościowe określono u 22 kobiet (88%),
 - badanie cytologiczne – u 23 pacjentek (92%),
 - badanie czystości pochwy – u 15 (60%).

W dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek nie odnotowano wykonania badania stomatologicznego, uwzględniającego ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, z określeniem potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustaleniem planu leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

W okresie od 11 do 14 t. c. zgłosiło się 29 pacjentek, w których dokumentacji medycznej odnotowano:

- u wszystkich wykonanie badania ogólnego podmiotowego i przedmiotowego, badania zestawionego, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę ryzyka ciążowego, propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej,
- u 28 kobiet (96,6%) – pomiar masy ciała,
- przeprowadzenie u jednej pacjentki (3,4%) kontroli stanu zdrowia jamy ustnej,
- badanie ultrasonograficzne – u 26 kobiet (89,7%),
- badanie ogólne moczu – u 25 pacjentek (86,2%),
- pobranie cytologii u 10 z 12 kobiet, u których wcześniej nie przeprowadzono tego badania (83,3%).

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

W okresie od 15 do 20 t. c. opieką Poradni objęto 21 pacjentek. W dokumentacji medycznej odnotowano:

- u wszystkich wykonanie badania ogólnego podmiotowego i przedmiotowego, badania zestawionego, pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała, przeprowadzenie oceny ryzyka ciążowego,
- u 20 kobiet (95,2%) propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej,
- 19 (90,5%) – wykonanie morfologii krwi,
- 18 (85,7%) – badanie ogólne moczu,
- u ośmiu kobiet (38,1%) – badanie czystości pochwy,
- u dwóch kobiet, które nie miały wcześniej badania cytologicznego wykonano ww. badanie.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Od 21 do 26 t. c. do Poradni zgłosiło się 37 pacjentek. Z dokumentacji medycznej wynika, że:

- wszystkim pacjentkom wykonano: badania ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badania zestawione, pomiaru ciśnienia i masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę czynności serca płodu,
- wszystkim pacjentkom określono stężenie glukozy we krwi po doustnym jej podaniu 75 g (przed podaniem glukozy oraz po 2 godz. od podania), wykonano

²⁴ U jednej kobiety badanie wykonano podczas kolejnej wizyty w okresie 11 – 14 t. c., u drugiej: 27 – 32 t. c.

badanie ogólne moczu, badanie w kierunku toksoplazmozy (u kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze), badanie cytologiczne u kobiet, które nie miały wcześniej wykonanego takiego badania,

- badania ultrasonograficzne wykonano 33 pacjentkom (89,2%),
- w przypadku 11 kobiet (91,7%) z 12 posiadających Rh (–) dokonano wpisu o przeciwciałach anti-Rh u kobiet z Rh (–).

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

W przedziale czasowym od 27 do 32 t. c. świadczenia udzielono 33 pacjentkom, dokumentacja medyczna zawierała wpisy o wykonaniu:

- wszystkim pacjentkom badania ogólnego podmiotowego i przedmiotowego, badania zestawionego, pomiaru ciśnienia tętniczego, masy ciała, oceny: czynności serca płodu, ryzyka ciążowego,
- każdej pacjentce morfologii krwi, ogólnego badania moczu,
- cytologii u dwóch kobiet, którym wcześniej nie pobrano materiału do badania,
- przeciwciał odpornościowych – u 19 pacjentek (57,6%),
- badania ultrasonograficznego – u 27 kobiet (81,8%),
- podania globuliny anti-D u dwóch z pięciu pacjentek (40%), u których wystąpiły wskazania do podania globuliny anti-D (28-30 t. c.).

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

W okresie od 33 do 37 tygodnia ciąży świadczenia udzielone były 33 pacjentkom, w których w dokumentacji medycznej odnotowano:

- wykonanie wszystkim kobietom badania ogólnego podmiotowego i przedmiotowego, badania położniczego i zestawionego, zmierzono ciśnienie tętnicze oraz oceniono: czynności serca płodu, aktywności płodu i ryzyko ciążowe,
- u 4 kobiet (12,1%) – ocenę wymiarów miednicy,
- u 16 kobiet (48,5%) – badania gruczołów sutkowych,
- u 32 kobiet (96,9%) – pomiar masy ciała,
- u 32 kobiet (96,9%) – wykonanie morfologii krwi i badań ogólnych moczu,
- u 27 kobiet (81,8%) – wykonanie badania antygenu HBs,
- u 25 kobiet (75,8 %) – wykonanie posiewu z przedślonki pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących,
- u 19 kobiet (57,6%) – zlecenie wykonania badania czystości pochwy,
- u dwóch kobiet (6,1%) – wykonanie badania w kierunku HIV.

Dokumentacja żadnej z 33 pacjentek nie zawierała informacji o kontroli stanu zdrowia jamy ustnej.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

W przedziale od 38 do 39 t. c. do Poradni zgłosiło się 21 kobiet. W dokumentacji medycznej każdej pacjentki odnotowano wykonanie wszystkich zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia wymienionych w cz. II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Dokumentacja medyczna 17 kobiet (80,9%) zawierała informacje o wykonaniu badania ogólnego moczu i morfologii krwi.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Po 40 t. c. do Poradni zgłosiło się 11 kobiet. W dokumentacji każdej pacjentki odnotowano wykonanie badania KTG, u dziewięciu (81,8%) – badanie ultrasonograficzne, a u dwóch kobiet po 41 t. c. – skierowanie do hospitalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

2. Według Dyrektora każda pacjentka jest instruowana o zdrowym stylu życia, prawidłowym odżywianiu, aktywności fizycznej, zakazie palenia tytoniu, używania

alkoholu i innych używek, o prawidłowym utrzymywaniu higieny zębów i jamy ustnej. Otrzymuje ustne informacje o możliwości skorzystania z przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w szkole rodzenia działającej przy SP ZOZ. Pacjentkom przekazywane są broszury i ulotki o tej tematyce. Każda ciężarna informowana jest o konieczności wizyt kontrolnych u stomatologa z oceną stanu zdrowia jamy ustnej i ustalenia ewentualnego planu leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 231-234, 263-266)

3. W skład Poradni wchodziły trzy pomieszczenia, z których dwa (gabinet położnej i gabinet zabiegowy) miały bezpośrednie wejście z poczekalni. Gabinet lekarski był gabinetem przechodnim, pacjentki wchodziły do niego przez gabinet położnej. Fotel ginekologiczny ustawiony był za parawanem, ok. 1,5 metra od miejsca, w którym pacjentki przygotowywały się do badania. Kobiety miały możliwość skorzystania z bidetu i toalety, które były w sąsiedztwie gabinetu lekarskiego. Okna w Poradni wyposażono w pionowe żaluzje. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentki miały warunki zapewniające intymność.

(dowód: akta kontroli str. 176-179)

Osobom, które korzystały ze świadczeń SP ZOZ umożliwiono zapoznanie się z prawami pacjenta – tekst wywieszono w ogólnodostępnym miejscu, tj. na tablicy informacyjnej przy Rejestracji do Poradni.

(dowód: akta kontroli str. str. 176-179, 184)

4. Stosownie do § 73 Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ, dokumentację medyczną prowadzoną w postaci papierowej udostępniano poprzez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów. Szpital pobierał opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej – sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii w tym także na nośnikach elektronicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁵. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej podano w Cenniku Usług Medycznych SP ZOZ, który wprowadzono Zarządzeniami Dyrektora²⁶.

Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom była wyższa, od maksymalnych opłat określonych w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 155-165, 208-222, 230)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W analizowanej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentek w ciąży, nie potwierdzano wpisami faktu wykonania świadczeń profilaktycznych oraz badań i konsultacji medycznych zalecanych do realizacji w cz. II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej t.j.:

do 10 t. c.²⁷:

- trzem pacjentkom (12%) – określenia przeciwciał odpornościowych,
- 10 (40%) – badania czystości pochwy,
- sześciu (24%) – badania gruczołów sutkowych,
- dwóm (8%) – określenia wzrostu i masy ciała,

²⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm., dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

²⁶ Zarządzenie Nr 02/2017 z dnia 1 stycznia 2017 r. Dyrektora SP ZOZ w sprawie wprowadzenia cennika za usługi medyczne wraz z Aneksami: nr 1 z 6 kwietnia 2017 r., Nr 2 z 15 maja 2017 r., Nr 3 z 24 lipca 2017 r., Nr 4 z 29 września 2017 r. Poprzednio: Zarządzenie Nr 19/2014 z dnia 26 lutego 2014 r. Dyrektora SP ZOZ w Parczewie w sprawie wprowadzenia cennika za usługi medyczne wraz z Aneksami: Nr 1 z 22 stycznia 2015 r. i Nr 2 z 30 czerwca 2015 r.

²⁷ Do Poradni zgłosiło się 25 kobiet.

- pojedynczym pacjentkom nie udokumentowano wykonania: pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, oceny ryzyka ciążowego, propagowania zdrowego stylu życia, w tym jamy ustnej oraz nie przekazano informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.

(dowód: akta kontroli str. 253-262)

Według wyjaśnień złożonych przez lekarzy, podczas zakładania karty ciąży przeprowadzany jest wywiad dotyczący stanu zdrowia, w tym stanu uzębienia. Każda ciężarna jest ustnie kierowana i zachęcana do badania stomatologicznego w celu oceny stanu zdrowia jamy ustnej, a podczas kolejnych wizyt zadawane są pytania o leczenie stomatologiczne. Być może niektóre przypadki zlecenia badań i realizacji świadczeń profilaktycznych zostały przeoczone. Pacjentki, które nie miały wykonanego badania cytologicznego w trakcie wizyty do 10 t. c. z pewnością takie badanie miały wykonane wcześniej lub na późniejszych wizytach. Przesunięcie czasowe o kilka tygodni nie wpływa na postępowanie i prowadzenie ciąży. Pacjentki są traktowane bardzo indywidualnie i nie każda ma wykonane zalecone badania w określonym czasie. Badania czystości pochwy nie wykonujemy, natomiast przy każdym badaniu zestawionym w czasie trwania ciąży wykonujemy badanie PH wydzieliny pochwowej.

(dowód: akta kontroli str. 240-244, 249-252, 268-275)

Pacjentkom będącym w okresie od 11 do 14 t. c.²⁸ nie odnotowano w dokumentacji medycznej:

- 28 (96,6%) – kontrolowania stanu zdrowia jamy ustnej,
- jednej – mierzenia masy ciała,
- trzem kobietom (10,3%) – wykonania badania ultrasonograficznego,
- czterem (13,8%) – zlecenia badania ogólnego moczu,
- dwóm kobietom – wykonania badania cytologicznego mimo, że nie miały wykonanego we wcześniejszym okresie ciąży.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Lekarze wyjaśnili, że każda ciężarna podczas kolejnych wizyt badana jest ze szczególną starannością i wykonywane są niezbędne badania dodatkowe. Zdarzają się sytuacje, że pacjentka nie wykona zaleconych badań. Kontrola jamy ustnej nie jest odnotowywana w dokumentacji pacjentek, a jej brak jest przeoczeniem. Gdy jest takie wskazanie, pacjentki kierowane są do lekarza stomatologa.

(dowód: akta kontroli str. 240-248, 268-275)

Od 15 do 20 t. c.²⁹ w dokumentacji medycznej nie odnotowano:

- 13 kobietom (61,9%) – badania czystości pochwy,
- trzem (14,3%) – zlecenia badania ogólnego moczu,
- dwóm – zlecenia morfologii krwi i wykonania cytologii mimo, że nie miały wykonanego badania we wcześniejszym okresie ciąży.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Zdaniem lekarzy przy każdym badaniu zestawionym w czasie trwania ciąży wykonywane jest pH wydzieliny pochwowej. Być może niektóre przypadki zostały przeoczone.

(dowód: akta kontroli str. 249-252, 268-270)

Od 21 do 26 t. c.³⁰ w dokumentacji medycznej nie odnotowano:

- żadnej pacjentce – kontrolowania stanu zdrowia jamy ustnej,

²⁸ Z badanej próby 29 pacjentek.

²⁹ Z badanej próby 21 pacjentek.

³⁰ Z badanej próby 37 pacjentek.

- czterem (10,8%) – wykonania badania ultrasonograficznego,
- jednej kobiecie z Rh (-) – zbadania przeciwciał anti-Rh.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Według lekarzy pacjentce zlecono badanie przeciwciał anti-Rh, a wynik nie został dostarczony. Badanie USG wykonywane jest w I, II i III trymestrze ciąży. W przypadku, gdy pacjentka ma wykonane badanie w innej placówce jest to odnotowywane w Indywidualnej Karcie Ciąży i badania nie są powtarzane. Pacjentki często korzystają z badań w innych placówkach.

(dowód: akta kontroli str. 249-252)

Od 27 do 32 t. c.³¹ nie odnotowano:

- 12 pacjentkom (36,4%) – badania przeciwciał odpornościowych,
- sześciu (18,2%) – wykonania badania ultrasonograficznego,
- trzem (60%) pacjentkom z pięciu, u których wystąpiły wskazania – podania globuliny anti-D.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Lekarze wyjaśnili, że pacjentkom zlecono badanie przeciwciał odpornościowych, lecz wyniki nie zostały dostarczone. Być może niektóre przypadki zostały przeoczone.

(dowód: akta kontroli str. 249-252, 268-270)

Kontrola wykazała, że w dokumentacji medycznej pacjentek nie odnotowano zlecenia wykonania badań przeciwciał odpornościowych.

Od 33 do 37 t. c.³² w dokumentacji medycznej nie odnotowano:

- u żadnej z pacjentek – kontrolowania stanu zdrowia jamy ustnej,
- u 29 pacjentek (87,9%) – oceny wymiarów miednicy,
- 17 (51,5%) – badania gruczołów sutkowych,
- jednej pacjentce – mierzenia masy ciała,
- 31 pacjentkom (93,9%) – wykonania badań w kierunku HIV,
- 14 (42,4%) – badania czystości pochwy,
- siedmiu (21,2%) – wykonania posiewu z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemodializujących,
- sześciu pacjentkom (18,2%) – określenia antygenu HBs,
- po jednej pacjentce – wykonania morfologii krwi i badania ogólnego moczu.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Lekarze wyjaśnili, że pacjentki zdrowe, bez dolegliwości ze strony gruczołu piersiowego często nie wyrażają zgody na badanie piersi. Badanie gruczołów sutkowych w ciąży jest dokumentowane w Indywidualnej Karcie Przebiegu Ciąży, którą posiada każda pacjentka. Ocena wymiarów miednicy przeprowadzana jest na Sali porodowej przed porodem. Badanie pH pochwy było wykonywane przy każdym badaniu ginekologicznym zamiast badania stopnia czystości pochwy. Nie wszystkie pacjentki dostarczały wyniki badań HBs do Poradni. W ostatnim trymestrze czystość pochwy była sprawdzana podczas każdej wizyty. Na każde życzenie lub sugestię pacjentki było wykonywane badanie ultrasonograficzne poza okresami zalecanymi w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Badanie w kierunku HIV w 33–37 t. c. wykonywane jest tylko u pacjentek z grupy podwyższonego ryzyka.

(dowód: akta kontroli str. 240-244, 271-275)

³¹ Próbą objęto dokumentację 33 kobiet.

³² Z badanej próby 33 pacjentek.

Od 38 do 39 t. c. – czterem pacjentkom z 21, które zgłosiły się do Poradni nie odnotowano w dokumentacji medycznej wykonania morfologii krwi i badania ogólnego moczu.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Jak wynika z wyjaśnień lekarza każdej ciężarnej wykonywane są niezbędne badania dodatkowe. Po dokładnym wywiadzie i badaniu ciężarnej, w niektórych przypadkach odstępowano od wykonywania badań w czasie ściśle określonym w załączniku do rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 240-244)

W dokumentacji jednej z 11 pacjentek po 40 t. c. lekarz nie potwierdził wykonania badania ultrasonograficznego.

(dowód: akta kontroli str. 253-260)

Lekarz wyjaśnił, że nie została odnotowana informacja o wykonaniu badania, co było niezamierzone i wynikało z przeoczenia.

(dowód: akta kontroli str. 271-275)

2. Ponadto analizowana dokumentacja medyczna wszystkich (50) pacjentek nie zawierała:

- a. dołączonego planu porodu obejmującego wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsca porodu,
- b. adnotacji o skierowaniu kobiety w okresie pomiędzy 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie, jeśli osoba sprawująca opiekę, nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej;
- c. wpisanych do planu opieki przedporodowej i planu porodu danych wybranej przez ciężarną położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numeru telefonu kontaktowego i faksu lub adresu poczty elektronicznej, co było niezgodne z załącznikiem do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej (p. II i p. IV).

(dowód: akta kontroli str. 263-266)

Według Dyrektora plan porodu jest sporządzany w formie pisemnej. Każda ciężarna jest kierowana między 21 a 26 t. c. do położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Fakt objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej jest wpisywany do dokumentacji będącej w posiadaniu pacjentki. Informacje powyższe nie są zamieszczane w dokumentacji medycznej, lecz są realizowane w ramach świadczeń wynikających ze standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 231-234, 263-266)

3. W Zarządzeniu Nr 19/2014 z dnia 26 lutego 2014 r. Dyrektora SP ZOZ w sprawie wprowadzenia cennika za usługi medyczne niewłaściwie określono wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Opłaty te były wyższe od maksymalnych opłat wskazanych w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 155-165)

Zgodnie z ww. ustawą, od 1 grudnia 2015 r. do 29 lutego 2016 r. maksymalna opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosiła 7,80 zł, a jedna strona kopii dokumentacji medycznej: 0,78 zł. W cytowanym zarządzeniu opłaty te ustalono w wysokości: 8,00 zł i 0,80 zł. Od 12 grudnia 2015 r. maksymalna opłata za wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wynosiła 1,62 zł – w Szpitalu ustalona została na 8,00 zł (obowiązywała do 5 kwietnia 2017 r.). Od 15 maja 2017 r. w SP ZOZ opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosiła

8,70 zł (zgodnie z ustawą – 8,43 zł). Opłata za wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych została ustalona na 1,70 zł (w ustawie – do 31 maja 2017 r. 1,68 zł).

(dowód: akta kontroli str. 155-165)

W 2016 r. przychody netto z tytułu udostępniania dokumentacji medycznej wyniosły 6.973,98 zł, do 31 sierpnia 2017 r. – 2.764,27 zł.

(dowód: akta kontroli str. 166-173)

Dyrektor wyjaśnił, że wyższe opłaty wskazane w cenniku wynikały z przeoczenia personelu i niezaktualizowaniu cennika. Z systemu księgowego nie można wygenerować zaksięgowanych wpłat z tytułu udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 192-194,267)

W trakcie kontroli NIK, od 1 października 2017 r., Dyrektor wprowadził³³ nowe stawki z tytułu udostępniania dokumentacji medycznej, których wysokość nie przekracza maksymalnych stawek określonych na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 160)

Ocena cząstkowa

NIK ocenia, że lekarze nie zlecali lub nie dokumentowali wykonywania niektórych świadczeń profilaktycznych i badań diagnostycznych, zalecanych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Według dokumentacji medycznej tylko dwóm pacjentkom z próby objętej kontrolą, które zgłosiły się w określonym w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej terminie, lekarze zlecieli wykonanie wszystkich badań diagnostycznych i konsultacji medycznych a czterem – wykonanie wszystkich świadczeń profilaktycznych. Zgodnie z ustawą³⁴ pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W ocenie NIK świadczenia zdrowotne udzielane były w warunkach zapewniających intymny i godny ich przebieg.

3. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Na podstawie analizowanej próby 50 losowo wybranej dokumentacji medycznej pacjentek³⁵, które w latach 2016-2017 (do 30 września) zgłosiły się do Poradni z innego powodu, niż ciąża, stwierdzono, że odnotowano:

- w 43 przypadkach (86%) wykonanie badania cytologicznego³⁶,
- w 16 przypadkach (32%) przeprowadzenie badania piersi,
- w 34 przypadkach (68%) - przeprowadzenie wywiadu dotyczącego ryzyka wystąpienia raka piersi lub raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 121-123, 203-205)

W złożonych wyjaśnieniach lekarze podali, że wywiad, dotyczący ryzyka wystąpienia raka piersi lub raka szyjki macicy, przeprowadzany jest u każdej pacjentki, lecz nie podczas każdej wizyty. Brak wpisów o wywiadzie świadczy, że był on przeprowadzony podczas wcześniejszych wizyt. Wywiad onkologiczny przeprowadzany jest przy każdym badaniu cytologicznym i wpisywany jest w karcie badania cytologicznego. Wywiad ukierunkowany na ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej, zwłaszcza raka piersi, szyjki macicy, trzonu macicy jest rutynowym

³³ Aneks Nr 4 z dnia 29 września 2017 r. do Zarządzenia Nr 02/2017 (obowiązuje od 1 października 2017 r.).

³⁴ Art. 6 ustawy o prawach pacjenta.

³⁵ 29 kobiet mieszkało na wsi.

³⁶ W tej grupie 33 pacjentki (76,7%) miały wykonane badanie w programie profilaktyki.

elementem badania ginekologicznego i tak oczywistym, że trudno wytłumaczyć fakt nieodnotowania tego czymś innym jak tylko przeoczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 198-202, 240-244, 249-252)

Warunki realizacji programu profilaktyki zostały określone w pkt 2. Załącznika do rozporządzenia w sprawie programów. Kontrola wykazała siedem przypadków (14%), w których pacjentkom nie wykonano w trakcie wizyty badania cytologicznego. W sześciu z tych przypadków były to wizyty jednorazowe, a w jednym – pacjentka była na dwóch wizytach.

(dowód: akta kontroli str. 203-205)

Lekarze udzielający świadczeń wyjaśnili, że pacjentki, które zgłaszają się jednorazowo na wizyty z powodu infekcji dróg rodnych nie mają wykonywanego badania cytologicznego, lekarz posiadał wiedzę na temat aktualnego badania wykonanego w gabinecie prywatnym. Każda pacjentka zgłaszająca się do Poradni jest weryfikowana pod kątem aktualności badania cytologicznego, w razie potrzeby badanie takie jest wykonywane poza interwałem określonym w programie profilaktyki raka szyjki macicy. Brak wykonania cytologii może świadczyć o tym, że pacjentki miały ją wykonaną wcześniej i nie wymagały w trakcie obecnej wizyty powtórzenia tego badania.

(dowód: akta kontroli str. 198-202, 240-252)

W dokumentacji medycznej 50 pacjentek, które zgłosiły się do Poradni z innego powodu niż ciąża, u 34 kobiet (68%) lekarze nie odnotowali, że zbadali piersi³⁷.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieodnotowaniu w dokumentacji medycznej 34 pacjentek faktu wykonania badania piersi lub ewentualnego niewyrażenia przez pacjentki zgody na to badanie oraz posiadania przez pacjentkę aktualnego badania cytologicznego, czym naruszono art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7 i 8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Zgodnie ze wskazanymi przepisami, historia zdrowia i choroby pacjenta w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m.in. informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji oraz opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 203-205)

W złożonych wyjaśnieniach lekarze podali, że badanie piersi było proponowane każdej pacjentce i najczęściej było wykonywane. Często pacjentki odmawiały badania piersi z różnych powodów. Badanie piersi i program profilaktyki raka piersi jest szczególnym priorytetem i każdej pacjentce przeprowadzane jest ww. badanie raz w roku lub gdy zgłasza taką potrzebę. Pacjentki w grupie wiekowej 50 – 69 lat wysyłane są na przesiewowe badania mammograficzne.

(dowód: akta kontroli str. 240-248)

Ocena cząstkowa

Pacjentkom zakwalifikowanym do profilaktycznego programu zdrowotnego wykonano badania cytologiczne zgodnie z zalecaną częstotliwością. Dokumentacja medyczna 34 pacjentek (68% próby objętej kontrolą) nie zawierała adnotacji potwierdzającej zbadanie piersi, bądź powodów odstąpienia od wykonania tego badania oraz posiadania przez pacjentkę aktualnego badania cytologicznego.

³⁷ W literaturze fachowej „Polożnictwo i ginekologia” pod redakcją Grzegorza H. Bręborowicza (tom 2). Wydawnictwo Lekarskie PZWL wskazano, że badanie piersi jest jednym z podstawowych badań podmiotowych wykonywanych w gabinecie ginekologicznym.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁸, wnosi o:

1. Udzielanie świadczeń medycznych w miejscu wskazanym w umowie z LOW NFZ.
2. Dokumentowanie wykonanych świadczeń profilaktycznych, badań i konsultacji medycznych zalecanych standardami opieki okołoporodowej.
3. Umożliwienie pacjentkom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty w Poradni, zgodnie z wymogami art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Lublin, dnia 20 grudnia 2017 r.

Kontroler:
Edyta Kolano
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

³⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 524 (dalej: ustawa o NIK).