



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.01.2017

P/17/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/061 – Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Edward Wrzeszcz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli Nr LOP/78/2017 z dnia 31 sierpnia 2017 r. (dowód: akta kontroli, str. 1)
Jednostka kontrolowana	Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze ¹ , 48-130 Kietrz, ul. Kościelna 1
Kierownik jednostki kontrolowanej	Edward Bondarewicz – dyrektor Zespołu ² (dowód: akta kontroli, str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

Obowiązujące zasady organizacji i funkcjonowania Zespołu umożliwiały pacjentkom dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych oraz badań profilaktycznych służących wczesnemu wykrywaniu raka szyjki macicy i raka piersi. Zarówno baza lokalowa Poradni Ginekologiczno-Położniczej⁴, jej wyposażenie, jak i stan sanitarny oraz kwalifikacje zatrudnionych w niej lekarzy i położnej tworzyły warunki do udzielania świadczeń ginekologiczno-położniczych w zakresie badań zalecanych przepisami rozporządzenia 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 noworodkiem⁵.

Czas działania Poradni dostosowany został do warunków określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁶ oraz zgodny był z umowami zawartymi przez Zespół z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ⁷. Co do zasady pacjentki w ciąży lub z podejrzeniem ciąży oraz z dolegliwościami były przyjmowane przez lekarza w dniu zgłoszenia, a czas oczekiwania na wizytę pozostałych pacjentek wynosił średnio 9 dni (najkrócej 3 dni, a najdłużej 14 dni).

Organizacja Poradni oraz stan jej wyposażenia stwarzały pacjentkom warunki do zachowania intymności przy korzystaniu ze świadczeń oraz zapewniały przestrzeganie praw pacjenta. Poradnia dysponowała możliwościami wykonywania wszystkich zalecanych świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych.

Wystąpiły jednak przypadki naruszenia prawa do udzielania świadczeń zgodnie ze standardami i z należytą starannością, obejmującą m.in. właściwe prowadzenie

¹ Dalej: Zespół.

² Powołany na stanowisko dyrektora z dniem 16 marca 2000 r.; dalej: dyrektor Zespołu.

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

⁴ Dalej: Poradnia.

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1132; dalej: rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

⁶ Dalej: NFZ.

⁷ Dalej: OOW NFZ.

dokumentacji medycznej. Stwierdzono bowiem przypadki braków w dokumentacji medycznej pacjentek wpisów lekarza o zleceniu lub wykonaniu zaleconych świadczeń medycznych, czy przeprowadzeniu badania piersi (co stwarza wątpliwości, co do faktycznego zakresu udzielanych świadczeń), jak też nieodnotowania faktu przeprowadzenia wywiadu dotyczącego ryzyka wystąpienia raka piersi lub raka szyjki macicy. Ponadto w Zespole zaniechano prowadzenia list oczekujących pacjentek na udzielenie świadczeń, jak też nie zapewniono możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, w sposób określony obowiązującymi przepisami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Podstawowe zasady organizacji i funkcjonowania Zespołu określała m.in. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁸, statut⁹ i regulamin¹⁰. Według struktury organizacyjnej Zespołu, w ramach Przychodni Rejonowej funkcjonowała m.in. Poradnia, do której zadań należało udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Świadczenia te były udzielane wyłącznie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Odległość do Poradni z najdalszej wsi w Gminie (Pilszcza) wynosiła 16 km.

W 2016 r. odnotowano w Poradni 2 451 wizyt, z których skorzystało 1 063 kobiet (w tym 85 pacjentek w ciąży), a do 31 sierpnia 2017 r. – odpowiednio 1 558 wizyt, z których skorzystały 742 kobiety (w tym 38 pacjentek w ciąży). Badaniem profilaktycznym w kierunku wykrywania raka szyjki macicy objętych zostało w 2016 r. 249 pacjentek, a do 31 sierpnia 2017 r. – 137 pacjentek.

(dowód: akta kontroli, str. 3-20)

Na lata 2016-2017 w zakresie ginekologii i położnictwa Zespół zawarł z OOW NFZ dwie umowy¹¹ na realizację trzech rodzajów świadczeń zdrowotnych (przy cenie jednostkowej 9,30 zł za punkt rozliczeniowy¹²), tj.:

1/ świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (kod 02.1450.001.02-1), których wykonanie w 2016 r. rozliczono na poziomie 16 782 pkt (o wartości 156 072,60 zł). Nadwykonanie ww. świadczeń, w stosunku do przyjętego planu, wyniosło 1 873 pkt (o wartości 6 967,56 zł) i zostało rozliczone w ramach zawartej ugody, przy zastosowaniu obniżonej wartości ceny jednostkowej punktu wynoszącej 3,72 zł (tzw. cena degresywna). W 2017 r. (wg stanu na 31 sierpnia) zaplanowano wykonanie 11 196 pkt (104 122,80 zł¹³) z tego Zespół wykonał o 258,7 pkt (2 405,91 zł) więcej niż wynosił plan;

2) pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – (kod 02.1450.101.02-1 zakres skojarzony z 02.1450.001.02) – na 2016 r. zaplanowano wykonanie 522 pkt (o wartości 4 854,60 zł), a wykonano i rozliczono 498 pkt, tj. o 24 pkt mniej, co wynikało z ograniczonej liczby kobiet zgłaszających się do Poradni, które spełniały kryteria kwalifikujące je do badania. Na 2017 r. (według

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.

⁹ Zatwierdzony uchwałą Nr II/15/98 Rady Miejskiej w Kietrze w dniu 12 listopada 1998 r. (ze zm.).

¹⁰ Wprowadzony zarządzeniem nr 45/2012 dyrektora Zespołu z dnia 28 maja 2012 r.

¹¹ Aneks nr 12 do umowy nr 08R/10031/02/01/AOS/2015 z dnia 18 grudnia 2015 r.; Aneks nr 3 do umowy nr 08R/10031/02/01/AOS/2016 z dnia 20 kwietnia 2016 r.; aneks nr 4 do umowy 08R/10031/02/01/AOS/2016 z dnia 24 maja 2016 r.; aneks nr 14 Umowa Nr 08R/10031/02/01/AOS/2016 zawarty dnia 20 grudnia 2016 r.; aneks nr 15 do umowy nr 08R/10031/02/01/AOS/2016 z dnia 28 grudnia 2016 r.; ugoda nr 08R/10031/02/01/AOS/16/U do umowy 08R/10031/02/01/AOS/2016 z dnia 28 grudnia 2016 r. zawarta 2 lutego 2017 r.; aneks nr 4 do umowy 08R/10031/02/01/AOS/2017 z dnia 30 czerwca 2017 r.

¹² Dalej: pkt.

¹³ Na 2017 r. świadczenia te były „kontraktowane” najpierw do 30 czerwca, a następnie do 30 września.

stanu na 31 sierpnia) zaplanowano wykonanie 722 pkt (o wartości 6 714,60 zł), a wykonano 274,56 pkt (tj. o 447,44 pkt mniej, co również wynikało z ograniczonej liczby kobiet zgłaszających się do Poradni spełniających kryteria kwalifikujące je do badania);

3) świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii (kod 02.1450.201.02-1 – zakres skojarzony z 02.1450.001.02) – na 2016 r. zaplanowano wykonanie 1 336 pkt (o wartości 12 424,80 zł), a wykonano i rozliczono 1 322 pkt, tj. o 24 pkt mniej. Na 2017 r. (wg stanu na 31 sierpnia) zaplanowano wykonanie 704 pkt (6 547,20 zł), a wykonano 541,19 pkt, tj. o 162,81 pkt mniej¹⁴.

(dowód: akta kontroli, str. 21-70)

1.2. Personel medyczny Poradni udzielający świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa spełniał wymogi dotyczące kwalifikacji określone w pkt 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*¹⁵. Świadczenia udzielane były przez dwóch lekarzy specjalistów zatrudnionych w Zespole od dnia 1 stycznia 2006 r. (jeden lekarz¹⁶ z pierwszym, a drugi¹⁷ – z drugim stopniem specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii) oraz dwie położne (jedna zatrudniona od dnia 1 stycznia 2006 r. do kwietnia 2016 r.¹⁸, oraz druga zatrudniona od dnia 1 stycznia 2016 r.¹⁹). Położna zatrudniona w Zespole do kwietnia 2016 r. posiadała certyfikat (wydany w styczniu 2013 r. przez Centralny Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy) uprawniający do pobierania wymazów. Jak ustalono, położne nie pobierały wymazów cytologicznych do badań. Personel Poradni zgodny był z wykazem personelu ujętym w załącznikach do umów zawartych z OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 71-74)

1.3. Sposób urządzenia oraz stan wyposażenia Poradni spełniał wymogi określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*²⁰, a także w pkt 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych*, odpowiednio w zakresie: wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępności do badań i procedur medycznych oraz pozostałych wymagań. Poradnia zlokalizowana była na I piętrze w budynku Przychodni Rejonowej przy ul. Kościelnej nr 1 w Kietrze. W jej skład wchodziły trzy pomieszczenia, tj.: 1/ gabinet zabiegowy, 2/ gabinet położnej i rejestracji pacjentów, 3/ pomieszczenie higieniczno-sanitarne. Bezpośrednie wejście dla pacjentek – od strony korytarza – posiadał jedynie gabinet położnej i rejestracji pacjentów, przez który możliwe było przejście do gabinetu zabiegowego. Oba gabinety miały bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. W skład gabinetu zabiegowego wchodziło m.in. następujące wyposażenie: 1/ zestawy do pobierania materiału do badań cytologicznych, w tym wzierniki jednorazowe i jednorazowe szczoteczki umożliwiające pobranie wymazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy; 2/ fotel ginekologiczny; 3/ urządzenie do badania KTG (kardiotokografia) – detektor tętna

¹⁴ Niski poziom realizacji świadczeń zabiegowych w 2016 i 2017 r. (do 31 sierpnia) zależny był głównie od schorzeń z jakimi zgłaszały się pacjentki do Poradni.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.; dalej: rozporządzenie *w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

¹⁶ Nr prawa wykonywania zawodu – 9175653, legitymujący się Zaświadczeniem uczestnictwa w Europejskim Programie Edukacyjnym – METODY DIAGNOSTYCZNE I OBRAZOWANIE WE WSPÓŁCZESNYM POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII – USG (czerwiec 2017 r.).

¹⁷ Nr prawa wykonywania zawodu – 9064757.

¹⁸ Nr prawa wykonywania zawodu – 2400425A

¹⁹ Nr prawa wykonywania zawodu – 2400462A.

²⁰ Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

płodu, wykorzystywany przez lekarzy ginekologów, znajdował się w gabinecie USG usytuowanym po przeciwnej stronie gabinetu położnej i rejestracji pacjentek. Ww. urządzenie KTG posiadało tzw. paszport techniczny, w którym znajdowały się aktualne zapisy potwierdzające dokonanie przeglądów (z dnia 23 czerwca 2016 r. i z dnia 13 stycznia 2017 r.).

Pomieszczenie higieniczno-sanitarne zostało wyposażone zgodnie z przeznaczeniem.

(dowód: akta kontroli, str. 75-77)

Zespół dysponował własną sterylizatornią usytuowaną w wydzielonym pomieszczeniu na pierwszym piętrze budynku, która została wyposażona m.in. w Autoklaw 23 (nr 01231326), który posiadał paszport techniczny z aktualnymi wpisami dotyczącymi przeglądów (z dnia 23 czerwca 2015 r. i z dnia 30 sierpnia 2016 r.).

(dowód: akta kontroli, str. 78-80)

1.4. Zespół zapewniał możliwość wykonywania badań w zakresie świadczeń ginekologiczno-położniczych wymienionych w umowach z OOW NFZ we własnym zakresie oraz przy udziale podwykonawców. Podwykonawcom zlecane były badania diagnostyczne, cytodiagnostyki ginekologicznej, mammograficzne i kriochirurgii, a udział tych podmiotów został uwzględniony w postanowieniach umów zawartych z OOW NFZ. Materiał do badań laboratoryjnych, zalecanych przepisami rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej²¹, był pobierany od pacjentek w Przychodni, a następnie był on przekazywany do laboratorium w Głubczycach (oddalonego od Kietrza o 20 km, które funkcjonowało w ramach firmy Diagnostyka Spółka z o.o.). Badania USG oraz KTG były wykonywane w pełnym zakresie w Poradni.

(dowód: akta kontroli, str. 81-91)

Czas pracy Poradni (dni i godziny), rozumiany jako czas pracy lekarza, był zgodny z wymogami określonymi w zarządzeniu Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Stosownie do ww. zarządzenia Poradnia funkcjonowała trzy razy w tygodniu (w poniedziałki²², wtorki²³ i piątki²⁴) po 4 godziny dziennie, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych oraz popołudniowych. Powyższy rozkład pracy Poradni był zgodny z harmonogramem pracy ustalonym w załączniku do umów z OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 21-70)

1.5. W latach objętych kontrolą stwierdzono przypadki nieprzyjęcia przez lekarza niektórych pacjentek w dniu zgłoszenia do Poradni (wyjątek stanowiły kobiety w ciąży i pilne przypadki). W styczniu i grudniu 2016 r. oraz w czerwcu 2017 r. w dniu zgłoszenia nie zostało przyjętych łącznie 65 pacjentek (w tym 32 w styczniu i siedem w grudniu 2016 r. oraz 26 w czerwcu 2017 r.). Średni czas oczekiwania na przyjęcie w Poradni pacjentek, które nie zostały przyjęte w dniu zgłoszenia wynosił 9 dni (najdłużej 14 dni, a najkrócej 3 dni). Położna, która prowadziła rejestrację do Poradni wyjaśniła, że w całym okresie objętym kontrolą czas oczekiwania pacjentek na przyjęcie do lekarza wynosił maksymalnie do dwóch tygodni. Zdarzało się też sporadycznie tak, że to same zainteresowane pacjentki prosiły o zmianę

²¹ Przeciwciała odpornościowe, morfologia, badanie ogólne moczu, HIV, VDRL, HCV, toksoplazmoza, różyczka, antygen Hbs.

²² Od godz. 14 do 18.

²³ Od godz. 12 do 16.

²⁴ Od godz. 8 do 12.

proponowanego najkrótszego terminu wizyty na późniejszy, co spowodowane było zdarzeniami losowymi. W Poradni nie była prowadzona lista oczekujących na świadczenie. Pacjentkom stworzona została możliwość rejestracji wizyty osobiście, telefonicznie oraz za pomocą poczty elektronicznej (w okresie objętym kontrolą tylko dwie pacjentki skorzystały z możliwości umówienia wizyty drogą mailową).

(dowód: akta kontroli, str. 92-96, 450)

Zarówno w Poradni, jak i na terenie Przychodni brak było informacji wizualnej o zasadach przyjmowania kobiet w ciąży, a także o tym, że kobieta w ciąży nie musi być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, aby móc korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej. Położna wyjaśniła, że każda kobieta z podejrzeniem ciąży była przyjmowana przez lekarza w dniu zgłoszenia. Wyjaśniła ponadto, że co do zasady pacjentki w ciąży, zgłaszające się po raz pierwszy, krócej oczekują na przyjęcie przez lekarza, aczkolwiek przyznała, że zasada ta nie została nigdzie zapisana. Wyjaśniła także, że od pacjentek w ciąży nie było wymagane posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, a brak stosownej informacji w tym zakresie był spowodowany niedopatrzeniem. Do dnia zakończenia kontroli dyrektor Zespołu zapewnił umieszczenie wyczerpującej informacji wizualnej na drzwiach Poradni o zasadach przyjmowania kobiet w ciąży.

(dowód: akta kontroli, str. 96)

1.6. Na podstawie prowadzonego w Zespole *Rejestru skarg i wniosków* oraz udostępnionej kontrolującemu dokumentacji skargowej ustalono, że w latach 2016-2017 (do 31 sierpnia) do Zespołu wpłynęły trzy skargi. Żadna z nich nie dotyczyła problematyki objętej niniejszą kontrolą (skargi dotyczyły: lekarza rodzinnego, pracowników rejestracji w Przychodni, udostępnienia danych osobowych).

(dowód: akta kontroli, str. 97-98)

1.7. Na podstawie prowadzonej w Zespole *Książki Kontroli Przedsiębiorcy* ustalono, że w okresie objętym kontrolą, OOW NFZ nie przeprowadzał kontroli w Zespole. W dniu 22 lutego 2017 r. upoważniony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Głubczycach pracownik przeprowadził natomiast kontrolę w zakresie oceny stanu sanitarnego pomieszczeń Zespołu i wykonywania szczepień ochronnych, nie stwierdzając nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 99-105)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

1. Wbrew obowiązki określonej w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵ w Zespole nie była prowadzona lista pacjentek oczekujących na wizytę w Poradni, pomimo że część pacjentek nie była przyjmowana w dniu zgłoszenia i był im wyznaczany inny termin wizyty.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że z uwagi na krótki okres oczekiwania pacjentek na przyjęcie do Poradni, podjęta została decyzja o tworzeniu i przekazywaniu list oczekujących, jedynie w sytuacji, kiedy okres oczekiwania jest dłuższy niż 14 dni. W takim przypadku prowadzone były kolejki oczekujących i sprawozdawane za pomocą systemu informatycznego do NFZ w Opolu.

(dowód: akta kontroli, str. 92-93, 450)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że ww. przepis nie dopuszcza możliwości odstąpienia od realizacji obowiązku dotyczącego prowadzenia list oczekujących, uzasadnionego długością przewidywanego okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Zgodnie z art. 20 ust. 1b ww. ustawy,

²⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.

zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę. Wobec zapisów § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶, zastrzegających m.in. stosowanie kar umownych w przypadku nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, zaniechanie to stanowiło także niewykonanie przez Zespół zobowiązań umownych.

2. Zespół od dnia 1 stycznia 2015 r. nie zapewnił świadczeniobiorcom możliwości korzystania z minimalnej funkcjonalności systemów teleinformatycznych (w tym możliwości umawiania się na wizyty, przeglądania i drukowania zaplanowanych wizyt), o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷ oraz w przepisach rozporządzeń wykonawczych²⁸.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że: (...) na chwilę obecną pacjenci GZLO w Kietrze mają możliwość rejestracji elektronicznej za pomocą e-maila. Obecnie jesteśmy na etapie wstępnego opracowania planu wdrożenia systemu, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W sierpniu br. prowadzone były wstępne rozmowy m.in. z przedstawicielem firmy MediComp Consulting Sp. z o.o. Strzelce Opolskie – oficjalnym partnerem Asseco mMedica, oferującego moduł e-Rejestracja umożliwiającego w pełni obsługę rejestracji elektronicznej, o której mowa w w/w rozporządzeniu. Wdrożenie w/w systemu planowane jest na II półrocze 2018 r.

(dowód: akta kontroli, str. 94-95, 451)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie Poradni do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Zarówno liczba i kwalifikacje personelu, jak i jej wyposażenie odpowiadało obowiązującym przepisom i zobowiązaniom Zespołu wynikającym z umów zawartych z OOW NFZ. Czas działania Poradni został dostosowany do warunków określonych przez NFZ oraz zgodny był z umową zawartą z OOW NFZ. Kobiety z podejrzeniem ciąży, ciążą lub dolegliwościami były przyjmowane w dniu zgłoszenia do Poradni. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzestrzegania obowiązku prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz niezapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania się na wizyty, przeglądania i drukowania zaplanowanych wizyt za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Kontrola wykonywania badań zaleczanych, określonych w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, polegała na analizie

²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

²⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.

²⁸ Tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (Dz. U. poz. 516) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1404).

zapisów zawartych w 50 wybranych losowo dokumentacjach medycznych²⁹, pacjentek w ciąży (spośród 123, tj. 40,6%), które w latach 2016-2017 (do dnia 15 września) korzystały z Poradni. W wyniku tego badania ustalono, że położna sprawująca opiekę nad ciężarną w 46 przypadkach sporządziła plan opieki przedporodowej (w czterech przypadkach brak planu wynikał z uczestnictwa trzech kobiet w szkole rodzenia, a w jednym przypadku - ciążą poniżej 11 tygodnia). W 32 przypadkach położna sporządziła plan porodu (brak takiego planu wynikał z: zaplanowania porodu w formie cesarskiego cięcia – 5 przypadków, udziału ciężarnych w szkole rodzenia – 3 przypadki, a w pozostałych przypadkach z niskiego zaawansowania ciąży, przedwczesnego porodu lub planowania porodu za granicą). W dokumentacji 27 pacjentek zamieszczone zostały również zapisy potwierdzające zlecenie wykonania dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym. Ww. świadczenia były udzielane wyłącznie przez personel Poradni wymieniony w umowach z OOW NFZ. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, zostały opisane w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli, str. 131-390, 391, 393, 395, 397, 418-419)

2.2. Pacjentkom Poradni stworzono warunki do zachowania intymności i godności. Jak opisano powyżej, w skład Poradni wchodziły trzy pomieszczenia położone na pierwszym piętrze Przychodni: gabinet położnej będący również rejestracją pacjentów, poprzez który prowadziły wejścia do gabinetu zabiegowego i pomieszczenia higieniczno-sanitarnego. Oba gabinety (zabiegowy i położnej) miały bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym, które służyło pacjentkom także za przebieralnię. Okna w obu gabinetach Poradni posiadały żaluzje pionowe, które umożliwiały całkowite ich zasłonięcie. Pomieszczenie sanitarno-higieniczne nie posiadało okien lecz jedynie drzwi wewnętrzne (pełne, zarówno od strony gabinetu położnej, jak i gabinetu zabiegowego).

Fotel do badań ginekologicznych usytuowany był w gabinecie zabiegowym, tyłem do ściany (bezpośrednio przy niej) w odległości 4 m od okna oraz z boku drzwi wejściowych z gabinetu położnej (w miejscu niewidocznym przy otwarciu tych drzwi). Wysokość fotela była regulowana hydraulicznie, tym samym był on przystosowany dla pacjentek starszych i niepełnosprawnych.

(dowód: akta kontroli, str. 107-108)

2.3. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej w Zespole ustalone zostały przez dyrektora Zespołu w Instrukcji nr ODO/4/2014 z dnia 10 lutego 2014 r. oraz w zarządzeniu nr 6/2001 z dnia 28 lutego 2001 r. w sprawie wprowadzenia obowiązujących w Zespole cenników na wykonane świadczenia (zarządzenie to określało także wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej). Podstawowe zasady w tym zakresie ujęte zostały w ww. Instrukcji oraz w formie informacji wizualnej umieszczonej w holu Zespołu na parterze. Powyższa Instrukcja określała m.in. osoby (pacjent, rodzic, opiekun ustanowiony przez sąd, kurator) i podmioty (organy uprawnione), którym dokumentacja medyczna mogła być udostępniana; formy i zasady jej udostępniania (do wglądu, wyciąg, odpis, kopia) oraz zasady odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli, str. 109-128)

Wysokość opłat ustalona została zgodnie z zasadami określonymi w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁰ oraz w oparciu o kwartalne komunikaty Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego

²⁹ Czynność została przeprowadzona z udziałem upoważnionej przez dyrektora Zespołu położnej i udokumentowana w formie List sprawdzających, sporządzonych odrębnie dla każdej z 50 dokumentacji.

³⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.

w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale³¹. W dziale administracyjnym Zespołu prowadzona była *Ewidencja udostępniania dokumentacji medycznej*, w której odnotowywano m.in.: 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczyła dokumentacja medyczna; 2) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej; 3) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja; 4) datę jej udostępnienia.

(dowód: akta kontroli, str. 129-130)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w *Ewidencji udostępniania dokumentacji medycznej* nie były ujmowane dane określone w art. 27 ust. 4 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. sposób udostępnienia dokumentacji medycznej oraz imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła taką dokumentację.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W każdej z objętej badaniem dokumentacji medycznej³² pacjentek brak było wpisów lekarza potwierdzających przeprowadzenie badań profilaktycznych polegających na badaniu gruczołów sutkowych. Badanie to, stosownie do wymogów wynikających z przepisów rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej powinno zostać przeprowadzone u kobiety do 10 tygodnia ciąży, a także pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży³³. Lekarz udzielający świadczeń w Poradni wyjaśnił m.in., że badanie piersi jest badaniem wchodzącym w skład badania całego ciała i jako takie odnotowane jest w dokumentacji w ramach zapisu *Budowa ciała*. Lekarka wyjaśniła, że badania piersi były wykonywane i że przy każdej wyznaczonej wizycie realizuje z położną poszczególne punkty wykazu zalecanych świadczeń.

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że ustalony w przepisach ww. rozporządzenia zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, obejmuje jako odrębne świadczenie profilaktycznie *Badanie gruczołów sutkowych*, dlatego też fakt jego udzielenia powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentki (analogicznie, jak w przypadku innych świadczeń wymienionych w tych przepisach).

(dowód: akta kontroli, str. 391, 393, 395, 397)

2. W indywidualnych dokumentacjach medycznych 23 pacjentek stwierdzono brak zapisów potwierdzających zlecenie lub wykonanie niektórych zalecanych badań diagnostycznych. Obowiązek zlecenia i wykonania badania wynikał z załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

Braki zapisów dotyczyły:

a/ 27 zapisów o zleceniu badań:

- morfologii krwi – 8 przypadków³⁴,
- badania ogólnego moczu – 12 przypadków³⁵,

³¹ M. P. z 2017 r. poz. 446 i poz. 811.

³² Karta ciąży, historia choroby, wyniki badań.

³³ Pkt 4 i pkt 8 tabeli Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, zawartej w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

³⁴ Pomiędzy 15 a 20 tygodniem – jeden (nr pacjentki po losowaniu: 32); pomiędzy 27 a 32 tygodniem – jeden (nr pacjentki po losowaniu: 3); pomiędzy 33 a 37 tygodniem – jeden (nr pacjentki po losowaniu: 44); pomiędzy 38 a 39 tygodniem – pięć przypadków (nr pacjentki po losowaniu: 22, 9, 26, 28, 36).

– badania przeciwciał odpornościowych - cztery przypadki³⁶,
oraz trzech pojedynczych przypadków dotyczących badań na obecność wirusa HIV³⁷, stężenia glukozy³⁸ i KTG³⁹,
b) 14 zapisów o wykonaniu badania czystości pochwy⁴⁰.

(dowód: akta kontroli, str. 136-390, 401-412, 423-449)

Lekarze sprawujący opiekę nad pacjentkami, których dokumentacja medyczna była objęta ww. weryfikacją, w swoich wyjaśnieniach skoncentrowali się na zapewnieniach, że wszystkie świadczenia oraz badania były wykonywane, pomijając wyjaśnienia przyczyn braku ich dokumentowania.

(dowód: akta kontroli, str. 391, 394-395, 397)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że braki wpisów potwierdzających udzielenie świadczeń, stanowią naruszenie przepisów § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴¹, zgodnie z którym wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Zastępca dyrektora Zespołu ds. medycznych oraz lekarz wyznaczony do nadzoru nad dokumentacją medyczną wyjaśnił, że dotychczas nie prowadził osobiście takiej kontroli, nie odnotował też do tej pory informacji dotyczących potencjalnych nieprawidłowości w zakresie dokumentacji i udzielania świadczeń w tej Poradni ze strony dyrektora, pacjentek, ani płatnika (NFZ). Składający wyjaśnienia dodał, że jego kontrole dotyczące dokumentacji medycznej miały dotychczas charakter zadaniowy w związku z sytuacjami spornymi między pacjentami i lekarzami lub w celu wydania dokumentacji organom zewnętrznym, np. ZUS. Podkreślił także, że zakres wykonywanych działań jest każdorazowo określany przez dyrektora Zespołu.

(dowód: akta kontroli, str. 399-400)

Ocena cząstkowa

Każdemu pacjentowi przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, obejmującą m.in. właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz kierowanie na zalecane badania. Mając na uwadze powyższe Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej 23 kobiet w ciąży zlecenia lub wykonania niektórych zalecanych badań, o których mowa w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Powyższe zaniechanie stanowiło naruszenie praw pacjentów w zakresie odnoszącym się do prowadzenia dokumentacji medycznej, stwarzając jednocześnie wątpliwości co do faktycznego zakresu badań zleconych i wykonanych w ramach sprawowanej w Poradni opieki okołoporodowej. NIK pozytywnie ocenia natomiast warunki, które zostały zapewnione pacjentkom przyjmowanym w Poradni, zapewniały one bowiem intymny przebieg badania.

³⁵ Po 10 tygodniu ciąży odpowiednio: trzy (nr pacjentki po losowaniu: 40, 49, 50), dwa, jeden, jeden i pięć (nr pacjentki po losowaniu: 4, 9, 20, 35, 36) w okresach następnych.

³⁶ Do 10 tygodnia - jeden przypadek (nr pacjentki po losowaniu: 11), w okresie pomiędzy 27 a 32 tygodniem ciąży - trzy przypadki (nr pacjentki po losowaniu: 10, 11, 16).

³⁷ Do 10 tygodnia ciąży (nr pacjentki po losowaniu: 13), po 10 tygodniu ciąży wykonano badanie.

³⁸ Pomiedzy 21 a 26 tygodniem ciąży (nr pacjentki po losowaniu: 20).

³⁹ Po 40 tygodniu ciąży (nr pacjentki po losowaniu: 16).

⁴⁰ Do 10 tygodnia ciąży - siedem przypadków (nr pacjentki po losowaniu: 23, 24, 25, 33, 37, 45, 49), pomiędzy 15 a 20 tygodniem - sześć (nr pacjentki po losowaniu: 23, 24, 25, 34, 39, 40), pomiędzy 33 a 37 tygodniem - jeden przypadek (nr pacjentki po losowaniu: 12).

⁴¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

3. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Analizę prawidłowości realizacji profilaktycznego programu zdrowotnego raka szyjki macicy przeprowadzono na próbie 50 wylosowanych do szczegółowego badania dokumentacji pacjentek w wieku 25-59 lat, które z innego powodu niż ciąża korzystały z Poradni. Stwierdzono, że w latach 2016-2017 w Poradni przestrzegano kryterium kwalifikacji do badań cytologicznych ustalone w lp. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁴². Kontrola ww. dokumentacji wykazała przypadki braku potwierdzenia wykonania badania w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi, oraz wpisów potwierdzających przeprowadzenie wywiadu dotyczącego ryzyka wystąpienia ww. zagrożeń.

(dowód: akta kontroli, str. 413-417)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W czterech dokumentacjach medycznych pacjentek nie będących w ciąży⁴³, brak było potwierdzenia wykonania badań cytologicznych z częstotliwością wskazaną w lp. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych. Lekarze Poradni w złożonych wyjaśnieniach wskazali, że przed przystąpieniem do badania ginekologicznego każdorazowo sprawdzali aktualność badania cytologicznego oraz, że pobieranie wymazu cytologicznego odracza się na inną wizytę w sytuacji stwierdzenia stanu zapalnego lub krwawienia z dróg rodnych. Wyjaśnili też, że jeśli takiego badania nie wykonano, to wynikało to ze stanu medycznego albo pacjentka wykonała to badanie w placówce prywatnej.

(dowód: akta kontroli, str. 392-393, 396, 398, 414-417)

2. W dokumentacji medycznej 38 pacjentek zaniechano odnotowania przeprowadzenia co najmniej raz w roku, badania piersi⁴⁴, stanowiącego zalecenie wykazane w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Badanie takie odnotowane zostało tylko w przypadku ośmiu pacjentek⁴⁵.

W wyjaśnieniach lekarka stwierdziła, że każda kobieta jest instruowana o konieczności samokontroli piersi, a lekarz wyjaśnił, że takie badanie wchodzi w skład badania całego ciała.

Zdaniem NIK, niezależnie od instruowania pacjentki o konieczności samokontroli piersi, takie badanie powinno być wykonane przez lekarza, a następnie udokumentowane wpisem do historii choroby pacjentki.

(dowód: akta kontroli, str. 392-393, 396-397, 414-417)

3. W 45 dokumentacjach medycznych, nie odnotowano przeprowadzonych wywiadów dotyczących ryzyka wystąpienia raka piersi lub raka szyjki macicy. Informację w tym zakresie ujęto tylko w jednej dokumentacji medycznej⁴⁶. Obowiązek przeprowadzenia takiego wywiadu i jego udokumentowania wynika

⁴² Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych.

⁴³ Nr pacjentki po losowaniu: 128, 130, 336, 1168.

⁴⁴ Zalecenia wskazane również w podręczniku położnictwa i ginekologii „Położnictwo i ginekologia” pod redakcją Grzegorza H. Bręborowicza (tom 2), Wydawnictwo Lekarskie PZW dla studentów medycyny, zgodnie z programem nauczania tego przedmiotu określonym przez Ministerstwo Zdrowia.

⁴⁵ W latach objętych badaniem, tj. 2015-2016 nie odnotowano w Poradni wizyt czterech pacjentek, były one natomiast pacjentkami w 2017 r.

⁴⁶ Nr pacjentki po losowaniu: 406.

z przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W szczególności podmiot udzielający świadczeń AOS obowiązany jest prowadzić historię zdrowia i choroby (§ 40 ust. 1 w zw. z § 39), w której odnotowuje się informacje o obciążeniach genetycznych pacjenta (§ 41 ust. 3 pkt 7). Historia choroby i zdrowia powinna zawierać także, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych, dane z wywiadu i badania przedmiotowego (§ 41 ust. 4 pkt 2). W tej sprawie lekarz wyjaśnił, że jeżeli w trakcie wywiadu nie stwierdził zachorowań na nowotwory w najbliższej rodzinie pacjentki, to nie zamieszczał w dokumentacji wzmianki o czynnikach ryzyka zachorowania. Według NIK, powyższe wyjaśnienie nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ przywołana w nim okoliczność nie zwalnia lekarza z faktu odnotowania danych z wywiadu w dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli, str. 398)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia zaniechanie odnotowania w dokumentacji medycznej pacjentek nie będących w ciąży, badania w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz raka piersi, jak też przeprowadzonych wywiadów dotyczących ryzyka takich zachorowań. Również i w tym obszarze, zdaniem NIK nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, nie tylko stanowiło naruszenie praw pacjentów, ale i też stwarzało wątpliwości, co do faktycznego zakresu udzielonych świadczeń.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁷, wnosi o:

1. Podjęcie skutecznych działań organizacyjnych i nadzorczych w celu zapewnienia rzetelnego dokumentowania wszystkich zalecanych badań związanych z opieką okołoporodową oraz realizacją programów zdrowotnych profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.
2. Rzetelne prowadzenie list oczekujących stosownie do wymogów wynikających z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości korzystania z minimalnej funkcjonalności systemów teleinformatycznych, tj. możliwości umawiania się na wizyty, przeglądania i drukowania zaplanowanych wizyt.

⁴⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 524; dalej: ustawa o NIK.

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 Opolu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Opole, dnia 22 grudnia 2017 r.

Kontroler
Edward Wrzeszcz
doradca ekonomiczny


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Dyrektor


.....
Dyrektor
Józef M. Szej
Wicedyrektor
Delegatury NIK w Opolu
podpis