



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.03.2017

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	Marek Dudek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/86/2017 z dnia 13 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap Spółka z o.o., ul. Powstańców Śląskich 8, 46-320 Praszka ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bolesław Luciński, Prezes Zarządu – Kierownik Przychodni (dowód: akta kontroli str. 3-9, 156)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Obowiązujące zasady organizacji i funkcjonowania *Przychodni Eskulap* umożliwiały pacjentkom dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych oraz badań profilaktycznych służących wczesnemu wykrywaniu raka szyjki macicy i raka piersi. Zarówno baza lokalowa Poradni ginekologiczno-położniczej³, 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 noworodkiem*⁴. Organizacja Poradni oraz stan jej wyposażenia stwarzały pacjentkom warunki do zachowania intymności przy korzystaniu ze świadczeń oraz zapewniały przestrzeganie praw pacjenta.

Na podstawie umów zawartych z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵, w objętym kontrolą okresie⁶ w *Poradni* udzielono łącznie 5 728 świadczeń 2 188 pacjentkom, w tym będącym w ciąży. Badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy wykonano u 876 kobiet, w tym dla 262 w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego obejmując nim wszystkie pacjentki w wieku od 25 do 59 lat.

Wystąpiły jednak przypadki naruszenia prawa do udzielania świadczeń zgodnie ze standardami i z należytą starannością, obejmującą m.in. właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej. Stwierdzono bowiem przypadki braków odnotowania w dokumentacji medycznej pacjentek udzielenia niektórych świadczeń.

¹ Dalej: *Przychodnia Eskulap*.

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

³ Dalej: *Poradnia*.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1132; dalej: rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

⁵ Dalej: OOW NFZ.

⁶ Od 1 stycznia 2016 r. do 30 września 2017 r. oraz okresy wcześniejsze lub późniejsze mające wpływ na kontrolowany obszar.

Nie zapewniono również pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, w sposób określony obowiązującymi przepisami.

Stwierdzone rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym a danymi zawartymi w umowie z OOW NFZ w zakresie personelu, czasu przyjęć lekarzy specjalistów oraz aparatury, zostały usunięte w trakcie kontroli.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie poradni do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1. Podstawowe zasady organizacji i funkcjonowania *Przychodni Eskulap* określała ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁷, statut⁸ i regulamin porządkowy⁹. W strukturze jednostki wyodrębniono m.in. poradnię ginekologiczno-położniczą, do zadań której należało świadczenie usług w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki lekarskiej. Odległość do *Poradni* z najdalszej miejscowości w Gminie Praszka (tj. wsi Wierzbie) wynosiła ok. 12 km.

W latach 2016-2017 (do 30 września) w *Poradni* udzielono 5 728 świadczeń (w 2016 r. – 3 290 i 2 438 do dnia 30 września 2017 r.), z których skorzystało 2 188 kobiet (w 2016 r. – 1 192 i do 30 września 2017 r. 996), w tym 92 kobiet w ciąży (2016 r. – 41 i 51 do 30 września 2017 r.).

W latach 2016-2017 (do 30 września) badaniami profilaktycznymi w kierunku wykrywania raka szyjki macicy objęto 876 kobiet (2016 r. – 523 i do 30 września 2017 r. – 353), z tego w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego 262 kobiet (w 2016 r. – 162, a do 30 września 2017 r. – 100).

(dowód: akta kontroli str. 154-169, 186-191, 215-215, 259-271, 408-412, 418)

W ramach dwóch umów zawartych z OOW NFZ (nr 08R/20172/02/01.AOS/2016¹⁰ i nr 08R/20172/02/01/AOS/2017¹¹) w *Poradni* udzielano świadczeń w trzech zakresach¹². I tak:

1/ na 2016 r. w umowie przewidziano 15 224 punkty rozliczeniowe¹³ (o wartości 141 583,20 zł), a rozliczono wykonanie (w ramach późniejszych aneksów i ugody) 20 926 pkt (o wartości 162 813,24 zł), tj. w zakresie: a/ położnictwa i ginekologii¹⁴ rozliczono wykonanie 20 006 pkt; b/ pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego¹⁵ rozliczono wykonanie 318 pkt; c/ świadczeń zabiegowych w położnictwie i ginekologii¹⁶ rozliczono wykonanie 602 pkt;

2/ na okres od stycznia do września 2017 r. w umowie przewidziano 15 664 pkt (o wartości 145 675,20 zł), natomiast wykonano 16 687 pkt, tj. w zakresie: a/ położnictwa i ginekologii 16 079 pkt, b/ pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego 216 pkt, c/ świadczeń zabiegowych zrealizowano 392 pkt.

Kierownik *Przychodni Eskulap* wyjaśnił, że *Niższe wykonanie świadczeń zabiegowych wynikało wyłącznie z mniejszych wskazań medycznych i przypuszczam, że do końca 2017 r. będzie zrealizowane. Natomiast wzrost*

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.

⁸ Uchwała nr 1/00 z dnia 29 czerwca 2000 r. Zgromadzenia Wspólników NZOZ Eskulap Spółka z o.o. ze zm.

⁹ Regulamin ustalony przez Kierownika Przychodni w dniu 14 grudnia 2005 r.

¹⁰ Umowa z dnia 18 grudnia 2015 r. wraz z aneksami.

¹¹ Umowa z dnia 30 grudnia 2016 r. wraz z aneksami.

¹² Cena jednostkowa za punkt w badanym okresie wynosiła 9,30 zł.

¹³ Dalej: pkt.

¹⁴ Kod zakresu świadczeń – 02.1450.001.02-1.

¹⁵ Kod zakresu świadczeń – 02.1450.101.02-1, zakres skojarzony ze świadczeniem 02.1450.001.02-1.

¹⁶ Kod zakresu świadczeń – 02.1450.201.02-1, zakres skojarzony ze świadczeniem 02.1450.001.02-1.

zrealizowanych świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii wynikał ze zwiększonej liczby wizyt pacjentek oraz przyjętych w poradni ginekologiczno-położniczej zasad przyjęć wszystkich pacjentek zgłaszających się do tej poradni.

Liczba wykonanych świadczeń w Poradni w 2016 r. była wyższa od pierwotnie ustalonej w umowie o 5 702 pkt. Na wniosek *Przychodni Eskulap*¹⁷, w dniu 2 lutego 2017 r. zawarta została z OOW NFZ uгода dotycząca rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: *ambulatoryjna opieka specjalistyczna*, w tym w zakresie świadczeń położniczo-ginekologicznych w 2016 r. Ustalona w ugodzie cena jednostkowa za jeden pkt wynosiła: a/ w zakresie położnictwa i ginekologii – 3,72 zł (tj. 40% stawki ustalonej w umowie podstawowej); b/ na świadczenia zabiegowe – 6,51 zł (tj. 70% stawki ustalonej w umowie podstawowej).

(dowód: akta kontroli str. 46-51, 91-153, 259-271, 413-414, 418-419)

2. W kontrolowanym okresie w *Poradni* zatrudnionych było dwóch lekarzy specjalistów II stopnia w zakresie ginekologii i położnictwa (jeden lekarz na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na czas nieoznaczony, a drugi na podstawie umowy zlecenia zawartej na czas nieoznaczony). Ponadto w *Poradni* zatrudniona była położna¹⁸ (na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na czas nieoznaczony). Kwalifikacje tych osób były zgodne z warunkami udzielania świadczeń określonymi w pkt 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁹. Ww. osoby posiadały prawo wykonywania zawodu: lekarza - zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁰ i położnej – zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej²¹. W okresie objętym kontrolą w *Poradni* prowadzony był program profilaktyki raka szyjki macicy. Realizatorami tego programu był lekarz oraz położna. W ramach ww. programu materiał do badań cytologicznych pobierał wyłącznie lekarz, który spełniał warunki, o których mowa w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu realizacji programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji określone w poz. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²². Współuczestnicząca w tym programie położna, nie posiadała kwalifikacji do pobierania materiału do badań cytologicznych, wskazanych w załączniku do ww. rozporządzenia. W tym zakresie Kierownik *Przychodni Eskulap* wyjaśnił: *W programie profilaktyki raka szyjki macicy uczestnictwo położnej ograniczało się wyłącznie do strony administracyjnej, dokonywania rozliczeń realizacji programu z OOW NFZ, odnotowywania pobrań materiału do badania w dokumentacji medycznej oraz wyników tych badań. Realizację programu ze strony medycznej prowadził wyłącznie (...) położnik ginekolog – cytolog. W 2016 r. w zakresie tego programu w naszej przychodni była kontrola z Ministerstwa Zdrowia, która nie stwierdziła żadnych nieprawidłowości, co dodatkowo umocniło moje przekonanie o prawidłowości realizacji tego programu.*

W załącznikach nr 2 (harmonogram zasoby) do umów z OOW NFZ wykazano, że świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii w *Poradni* realizował jeden lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii. Dane drugiego lekarza udzielającego świadczeń w tej *Poradni* ujęto dopiero w aneksie nr 4 z dnia 24 maja 2016 r.,

¹⁷ Wniosek z datą wpływu do OOW NFZ w dniu 6 lutego 2017 r. dotyczył nadwykonań w różnym zakresie świadczeń, w tym zrealizowanych w poradni ginekologiczno-położniczej. Łącznie za nadwykonania OOW NFZ zapłacił *Przychodni Eskulap* 36 661,30 zł.

¹⁸ W *Przychodni Eskulap* zatrudniona była ponadto na podstawie umowy o pracę na czas nieoznaczony położna środowiskowa.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie AOS.

²⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.

²¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.

²² Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych.

z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2016 r. oraz w aneksie nr 5 z dnia 18 sierpnia 2017 r., z mocą obowiązywania od dnia 1 października 2017 r. Tym samym ww. lekarz nie był wykazany w umowie zawartej z OOW NFZ w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 30 września 2017 r. W ww. umowach nie wykazano również położnej realizującej świadczenia w ww. okresie, co opisano w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 91-153, 172)

3. Na podstawie przeprowadzonych oględzin *Poradni* ustalono, że w jej skład wchodziły następujące pomieszczenia: gabinet badań ginekologicznych, pokój położnej (wykorzystywany do rejestracji i przechowywania dokumentacji medycznej), ogólnodostępne pomieszczenie higieniczno-sanitarne, poczekalnia, w której udostępniono materiały informacyjne związane m.in. z ginekologią i położnictwem. W gabinecie położnej znajdowało się urządzenie KTG do monitorowania czynności serca płodu z jednoczesną możliwością zapisu czynności skurczowej macicy (stosownie do wytycznych zawartych w poz. 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS). Pomieszczenia *Poradni*, w których wykonywano badania lub zabiegi ginekologiczne wyposażone były m.in. w umywalkę z dostępem do ciepłej i zimnej wody, dozowniki z mydłem w płynie i ze środkiem dezynfekującym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia (zgodnie z warunkami wynikającymi z § 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 leczniczą²³). Gabinet do badań ginekologicznych miał bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet. Stwierdzono także, że ww. pomieszczenie, w którym wykonywane były badania lub zabiegi ginekologiczne przy wykorzystaniu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, wyposażone było w zlew z baterią (zgodnie z § 36 ust. 2 powołanego rozporządzenia). Gabinet ten wyposażony był również w fotel ginekologiczny z regulowanymi w dwóch płaszczyznach dwoma parami podnózek i regulowanym siedziskiem. Stałym elementem fotela był ruchomy podest ułatwiający pacjentkom wejście na siedzisko fotela, w tym także dla osób z ograniczeniami ruchowymi i mniej sprawnymi. Jak wyjaśnił Kierownik *Przychodni Eskulap*: *We wszystkich przypadkach, gdy pacjentka posiada jakiekolwiek ograniczenia ruchowe lub jest mniej sprawna fizycznie czy też jest w podeszłym wieku, udzielana jest pomoc położnej i/lub lekarza do wejścia pacjentki na fotel do badania w poradni ginekologiczno-położniczej*. Miejsce zlokalizowania fotela przysłonięte było parawanem w sposób uniemożliwiający osobie wchodzącej do gabinetu bezpośredni kontakt wzrokowy z pacjentką poddawaną badaniu.

Ponadto ww. gabinet wyposażony był w: a/ ultrasonograficzny system do diagnostyki obrazowej z trzema głowicami (przezpochwową, przezbrzuszną, do badania piersi oraz jednorazowymi osłonami do tego aparatu), b/ kriopol (zestaw do kardiostymulacji parami azotu), c/ lampę ginekologiczną, d/ lampę bakteriobójczą. W gabinecie do badań znajdowały się jednorazowe zestawy (48 szt.) do pobierania materiału do badań cytologicznych, w tym wziernik jednorazowy i jednorazowe szczoteczki umożliwiające pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy (38 szt.), co spełniało wymagania określone w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych, o których mowa w poz. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych.

²³ Dz. U. poz. 739, dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

W *Przychodni Eskulap* znajdowało się oddzielne pomieszczenie do przeprowadzania sterylizacji sprzętu medycznego wyposażone m.in. w autoklaw (pomieszczenie to spełniało wymogi wskazane w pkt 7, 8 i 10 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń).

Aparatura medyczna zarówno w *Poradni*, jak i w pomieszczeniu do sterylizacji była sprawna. Jednostka posiadała instrukcje obsługi oraz paszporty techniczne sprzętu z aktualnymi wpisami o wykonanych przeglądach technicznych. Pacjentom korzystającym ze świadczeń *Poradni* zapewniono poszanowanie prawa do intymności i godności zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 51-90, 413-414)

4. W *Przychodni Eskulap* w objętym kontrolą okresie zapewniono możliwość wykonywania zalecanych badań diagnostycznych i udzielania konsultacji medycznych kobietom w ciąży wskazanych w kolumnie 3 części II *Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania* załącznika do 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 noworodkiem²⁵. W *Poradni* przeprowadzano m.in. badania USG i KTG, pobierano materiał do badań cytologicznych oraz podejmowano działania w zakresie promocji zdrowia i udzielano świadczeń profilaktycznych. Pozostałe badania diagnostyczne (w tym laboratoryjne) i konsultacje medyczne wykonywane były przez podwykonawców, z którymi *Przychodnia Eskulap* miała zawarte umowy²⁶. Materiał do badań w zakresie: przeciwciał odpornościowych, morfologii i badania ogólnego moczu, glukozy, HIV, VDRL, HCV, toksoplazmozy, różyczki, antygenu HBs pobierany był w laboratoriach podwykonawców zlokalizowanych w Praszce lub w Kluczborku (ok. 20 km od Praszki). Podwykonawcy jednostki kontrolowanej wykazani zostali umowami zawartymi z OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 28-43, 91-153, 420-428)

W umowie z OOW NFZ określono dni i godziny udzielania świadczeń w *Poradni*, tj.: w poniedziałki, czwartki i piątki od 8⁰⁰ do 15⁰⁰, we wtorki i środy od 8⁰⁰ do 18⁰⁰ (w 2016 r. we wtorki od 8⁰⁰ do 15⁰⁰) oraz dni i godziny przyjęć poszczególnych lekarzy specjalistów²⁷. Z uwagi na brak ujęcia w umowie zawartej z OOW NFZ na 2017 r. danych drugiego lekarza udzielającego świadczeń w *Poradni*, harmonogram czasu przyjęć pacjentów przez lekarzy wykazany w ww. umowie różnił się od informacji wskazanych na drzwiach wejściowych do *Poradni*. W informacji tej podano bowiem, że lekarze przyjmują m.in. we wtorek w godzinach od 12⁰⁰ do 18⁰⁰ (w umowie z OOW NFZ nie określono przyjęć w tym dniu). Ponadto z informacji tej wynikało, że ww. lekarz przyjmuje pacjentów w środę w godzinach od 8³⁰ do 13⁰⁰ natomiast w umowie z OOW NFZ wskazano, że w godzinach od 12⁰⁰ do 18⁰⁰ przyjmuje pacjentów lekarz pierwotnie zgłoszony do tej umowy. Powyższe omówiono w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 70-90, 91-103, 104-124, 125-135, 136-153, 173-177)

²⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.; dalej: ustawa o prawach pacjenta.

²⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1132, dalej: rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego.

²⁶ Powyższe dotyczyło: 1/ badań laboratoryjnych, 2/ usług medycznych z zakresu: RTG, USG, laboratorium z mikrobiologią, 3/ badań diagnostycznych USG z zakresu: tarczycy, sutki, jama brzuszna, układ moczony, 4/ usług medycznych w zakresie diagnostyki mikroskopowej – badanie materiału cytologiczno-ginekologicznego, 5/ zabiegów elektrokoagulacji, 6/ ultrasonograficznych badań przepływowych metodą Dopplera – CW, PW, kolor, 7/ świadczeń w zakresie badań EEG, 8/ badań diagnostyki obrazowej, 9/ badań kolposkopowych.

²⁷ W 2016 r.: poniedziałki, czwartki i piątki – 8⁰⁰-15⁰⁰, wtorki – 13⁰⁰-18⁰⁰ oraz środy 8⁰⁰-13⁰⁰; w 2017 r. (do dnia 30 września): poniedziałki, czwartki i piątki – 8⁰⁰-15⁰⁰, wtorki – 13⁰⁰-18⁰⁰ oraz środy – 8⁰⁰-13⁰⁰.

W Poradni zapewniono udzielanie świadczeń minimum trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, z zachowaniem ciągłości czterech godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych oraz w godzinach popołudniowych. Czas pracy Poradni był zgodny z wymogami określonymi w przepisach zarządzenia 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.*

(dowód: akta kontroli str. 70-90, 125-153, 413-414)

5. Do Poradni przyjmowano w danym dniu wszystkie zgłaszające się pacjentki w tym kobiety w ciąży lub połogu (nie określono odrębnych zasad przyjęć dla pacjentek z podejrzeniem ciąży). Pacjentkom zapewniono również możliwości wyboru dogodnego dla nich terminu przyjęcia przez danego lekarza²⁸. Rejestracja odbywała się osobiście lub telefonicznie.

Kierownik Przychodni Eskulap wyjaśnił, że *Rejestracja i przyjęcia pacjentek do poradni ginekologiczno-położniczej, w tym w 2016 r. i w 2017 r., odbywała się na bieżąco: pacjentki zgłaszają się do poradni i są przyjmowane w ustalonych i podanych do wiadomości pacjentek, godzinach pracy lekarza, w kolejności zgłoszenia się (zarejestrowania). W każdym dniu przyjęć, wszystkie pacjentki są przyjęte przez lekarza w dniu zgłoszenia (zarejestrowania), bez względu na liczbę pacjentek w danym dniu. W ostatnich miesiącach liczba przyjęć do lekarza poradni ginekologiczno-położniczej wynosiła od 12 do 25 pacjentek, w tym były pacjentki w ciąży.*

W związku z brakiem pacjentek oczekujących w Poradni na udzielenie świadczenia w badanym okresie nie prowadzono listy oczekujących.

Na terenie Przychodni Eskulap nie było wywieszonych (lub podanych w inny sposób do publicznej wiadomości) informacji dla pacjentów o zasadach przyjmowania kobiet w ciąży, w tym o tym, że kobieta w ciąży nie musi być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, aby móc uzyskać świadczenie zdrowotne. Kierownik Przychodni Eskulap w wyjaśnieniu podał, że: *Na terenie naszej Przychodni nie ma wywieszonych (lub podanych w inny sposób) informacji dla pacjentów poradni ginekologiczno-położniczej o wymaganych dokumentach od pacjentów przyjmowanych do tej poradni (np. posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego). Powyższe uznałem za sprawę, którą można załatwić w inny sposób, bowiem wszelkie informacje w tym zakresie każdy pacjent w czasie pracy Przychodni (od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ do 18⁰⁰) może uzyskać m.in. w rejestracji, u położnej czy też lekarza. W Przychodni nie wymaga się w żadnym przypadku od zgłaszających się do tej poradni pacjentek przedstawienia dokumentów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego. Wiele przydatnych informacji dla pacjenta jest zamieszczone na dwóch tablicach ogłoszeń wewnątrz Przychodni oraz w zakresie ogólnej działalności Przychodni – na tablicach informacyjnych przed budynkiem.*

(dowód: akta kontroli str. 70-90, 170-171, 173-177, 458-459)

6. Z prowadzonej w kontrolowanej jednostce ewidencji skarg i wniosków wynikało, że w latach 2016-2017 (do 30 września) nie wpłynęły żadne skargi.

(dowód: akta kontroli str. 44-45, 170-171)

²⁸ W przypadku, gdy pacjentka wyrażała chęć przyjęcia przez wskazanego przez siebie lekarza, który przyjmował raz w tygodniu, a pacjentka rejestrowała się w innym niż środa dniu, była rejestrowana na najbliższą środę będącą dniem przyjęć tego lekarza.

7. W *Przychodni Eskulap* w latach 2016-2017 (do 30 września) przeprowadzonych zostało pięć kontroli (cztery przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej²⁹ i jedna przez przedstawicieli Ministra Zdrowia³⁰). Ww. kontrole nie wykazały nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 12-27, 192-214)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Kontrolowana jednostka zaniechała, wbrew obowiązкови wynikającemu z § 2 ust. 9 umów zawartych z OOW NFZ, bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji ww. umów, w tym o będących w dyspozycji świadczeniodawcy zasobach służących do realizacji świadczeń zdrowotnych (w szczególności o osobach udzielających świadczeń zdrowotnych i wykorzystywanym sprzęcie), gdyż nie zgłosiła zmian w zakresie:

- a) personelu: lekarza specjalisty udzielającego faktycznie świadczeń w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 30 września 2017 r. oraz położnej udzielającej faktycznie świadczeń w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 30 września 2017 r., co w konsekwencji powodowało również rozbieżności w harmonogramie udzielania świadczeń;
- b) sprzętu: w umowie wykazano aparat USG nr seryjny D30751 rok produkcji 1995, którym *Poradnia* nie dysponowała a ponadto błędnie podano rok produkcji aparatu USG nr seryjny PIN 2111B-CTO-SO1 (zamiast 2009 r. wskazano 2010 r.).

Brak zgłoszenia lekarza specjalisty udzielającego świadczeń zdrowotnych spowodował, że OOW NFZ za okresy rozliczeniowe od stycznia do czerwca 2017 r. dokonał korekty zapłaty za wykonane świadczenia przez tego lekarza 2017 r. na łączną kwotę 15 293,85 zł³¹.

Kierownik *Przychodni* wyjaśnił: *Lekarz (...) został zatrudniony w czerwcu 2015 r. jako lekarz wykonujący porady w poradni ginekologiczno-położniczej i w 2016 r. był także uwzględniony. W trakcie kopiowania przez OOW NFZ umów z 2016 na 2017 r. lekarz ten nie pojawił się w zasobach personelu poradni ginekologiczno-położniczej z nieznanych mi przyczyn. Braków tych nie zauważyłem w trakcie analizowania i podpisywania umów na udzielania świadczeń zdrowotnych na 2017 r. Sprawa to dopiero wyszła na jaw po pojawieniu się rachunków korygujących za wykonane świadczenia w poradni ginekologiczno-położniczej w okresie styczeń-czerwiec 2017 r. przez tego lekarza. W trybie natychmiastowym dokonano stosownych poprawek w portalu świadczeniodawcy i od 1 października 2017 r. lekarz (...) jest wykazany w personelu udzielającym świadczeń. W przypadku położnej (...) w 2016 i 2017 r., ani ja, ani nikt z kierownictwa *Przychodni* nie zwrócił uwagi na brak tej osoby w zasobach personelu, także dlatego, że na ten lata nie przeprowadzaliśmy żadnych zmian w portalu świadczeniodawcy. Po stwierdzeniu tego braku niezwłocznie dokonane zostały przez nas poprawki w portalu świadczeniodawcy w zakresie danych o położnej, która figuruje jako personel poradni ginekologiczno-położniczej od 1 października 2017 r. Ponadto wyjaśnił, że: Aparat USG nr fabryczny D30751 rok produkcji 1995 został zgłoszony do OOW NFZ*

²⁹ Wszystkie kontrole zostały przeprowadzone w 2016 r. i dotyczyły: 1/ spełniania wymagań sanitarni-higienicznych i zdrowotnych; 2/ stanu sanitarnego-higienicznego i szczepień ochronnych wraz z dokumentacją szczepień; 3/ zapobieganie chorobom zakaźnym w tym dokonywanie zgłaszalności chorób zakaźnych; 4/ stan sanitarno-higieniczny i przestrzeganie procedur związanych z zapobieganiem zakażeniom i chorobom zakaźnym (dezynfekcja, dezynsekcja, deratyzacja, postępowanie ze sprzętem, bielizna i odpadami).

³⁰ Kontrola przedstawicieli Ministra Zdrowia dotyczyła jakości świadczeniodawców etapu podstawowego programu profilaktyki raka szyjki macicy wykonywanej w ramach zadania pn. koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

³¹ Korekty w poszczególnych miesiącach 2017 r. wynosiły: styczeń – 193,5 pkt (1 799,55 zł); luty – 290,5 pkt (2 701,65 zł); marzec – 437 pkt (4 064,10 zł); kwiecień – 409,5 pkt (3 808,35 zł); maj – 258 pkt (2 399,40 zł); czerwiec – 56 pkt (520,80 zł).

wiele lat wcześniej, kiedy był sprawny i faktycznie użytkowany. Po zakupieniu nowego ultrasonografu zgłoszony został, jako sprzęt wykorzystywany m.in. przy świadczeniach ginekologiczno-położniczych. Natomiast przez przeoczenie nie zgłoszono do OOW NFZ wycofania aparatu USG nr fabryczny D30751 rok produkcji 1995. W wyjaśnieniu wskazał także, że: Brak informacji dla pacjentek o dostępności udzielania świadczeń w poradni ginekologiczno-położniczej wynikał z przeoczenia, brak ten zostanie niezwłocznie uzupełniony. Niezgodności pomiędzy deklarowaną dostępnością osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w tej poradni (...) wyniknęły z przeoczenia zmian wynikających z zatrudnienia lekarza i dostosowania czasu pracy do jego możliwości oraz zmiany w godzinach przyjęć drugiego lekarza. W trakcie kontroli NIK dokonano zmian w zakresie personelu, sprzętu i harmonogramu udzielanych świadczeń w Poradni, eliminując ww. rozbieżności. Przeprowadzone повторно oględziny wykazały, że wykazany w umowach z OOW NFZ harmonogram pracy lekarzy specjalistów był tożsamy z harmonogramem zamieszczonym w Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 70-153, 170-177, 318-329, 403-405, 413-414, 446-447, 457)

2. Przychodnia Eskulap od dnia 1 stycznia 2015 r. nie zapewniła 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 publicznych³² oraz w przepisach rozporządzeń wykonawczych³³.

Kierownik Przychodni Eskulap wyjaśnił, że: Pacjentki do poradni ginekologicznej mają możliwość rejestracji drogą elektroniczną na adres: eskulappraszk@wp.pl i w każdej sytuacji byłoby to uwzględniane, choć do tej pory nikt z tej możliwości nie skorzystał. Obecnie trwają prace nad wdrożeniem wyodrębnionego modułu w użytkowanym przez nas systemie informatycznym z uwzględnieniem wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemów teleinformatycznych, który umożliwi między innymi umawianie się pacjentów drogą elektroniczną na wizyty, w tym do poradni ginekologiczno-położniczej. Przewiduję, że moduł ten będzie funkcjonował od dnia 1 lipca 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 70-90, 170-171, 458-459)

Ocena cząstkowa

Poradnia dysponowała potencjałem umożliwiającym udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Odpowiednia liczba personelu medycznego i wyposażenie w wymaganą aparaturę medyczną, zapewniały dostępność do świadczeń ginekologiczno-położniczych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym a umowami zawartymi z OOW NFZ, w zakresie personelu, harmonogramu pracy oraz aparatury medycznej zostały usunięte w trakcie kontroli. Z uwagi na bieżące przyjmowanie pacjentek do Poradni, brak zapewnienia świadczeniobiorcom możliwości korzystania z minimalnej funkcjonalności systemów teleinformatycznych, w tym możliwości umawiania się na wizyty, przeglądania i drukowania zaplanowanych wizyt, nie wpłynął negatywnie na kontrolowaną działalność.

³² Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.

³³ 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 udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1404).

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

Opis stanu faktycznego

1. W objętym kontrolą okresie ze świadczeń udzielanych w *Poradni* skorzystały 92 kobiety w ciąży (41 w 2016 r. i 51 do 30 września 2017 r.). Do szczegółowej kontroli przeprowadzania i dokumentowania świadczeń profilaktycznych, działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych zalecanych przepisami rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego, wylosowano 50 dokumentacji medycznych pacjentek w ciąży³⁴. W dokumentacjach tych odnotowano łącznie 3 775 świadczeń udzielonych w trakcie 313 wizyt³⁵. W ww. grupie³⁶, na pierwszą wizytę zgłosiło się 44 pacjentek w okresie do 10 tygodnia ciąży, po dwie będące w okresie odpowiednio 11-14 i 15-20 tygodnia ciąży oraz po jednej w okresie 21 -26 i 27-32 tygodnia ciąży.

Pacjentkom, które zgłosiły się na pierwszą wizytę po 10 tygodniu ciąży, podczas pierwszej wizyty w poradni udzielano świadczeń profilaktycznych zalecanych do wykonania w danym okresie ciąży, podejmowano wobec tych osób działania w zakresie promocji zdrowia oraz zlecano wszystkie badania diagnostyczne i konsultacje medyczne zalecane przepisami rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego dla kobiet w ciąży do 10 tygodnia. Pacjentkom tym założono również, wymagana przepisem § 42 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, kartę przebiegu ciąży.

W pozostałych okresach ciąży, w dokumentacjach 17 pacjentek odnotowano wykonanie bądź zlecenie wykonania wszystkich świadczeń, badań i konsultacji, a w przypadku pozostałych 33 - brak było odnotowania wpisów potwierdzających wykonanie łącznie 104 zalecanych³⁷ świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia. Powyższe opisano w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 10-11, 217-258, 272-276, 282-317, 330-368, 370-404, 418, 430-445, 448-454)

W zakresie zalecanych przepisami rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego badań diagnostycznych i konsultacji medycznych stwierdzono, że w objętych weryfikacją dokumentacjach medycznych pacjentek odnotowano zlecenie i wykonanie badań diagnostycznych (wpisy o wynikach) oraz przeprowadzenie konsultacji medycznych, przewidzianych w kol. 3 tabeli pkt II załącznika do ww. rozporządzenia. W szczególności dotyczyło to:

- pobrania materiału do badania cytologicznego, które wykonano wszystkim pacjentkom na pierwszej wizycie w poradni;
- zlecenia i wykonania 16 pacjentkom w przedziale 21-26 tygodnia ciąży badania przeciwciał anti-Rh, w żadnym z tych przypadków nie wystąpiła konieczność podania (w 28-30 tygodniu ciąży) immunoglobuliny anti-D;
- zlecenia i wykonania 32 (wszystkim) pacjentkom w 33-37 tygodniu ciąży badania antygenu HBs;

³⁴ Populację do losowania stanowiło 80 pacjentek, którym udzielono w latach 2016-2017 (do 17 września, tj. do dnia losowania) porad w związku z ciążą, a wylosowana próba 50 pacjentek stanowiła 62,5% tej populacji. Losowanie proste, udokumentowane raportem, przeprowadzono w obecności pracownika poradni wyznaczonego przez Kierownika Przychodni z wykorzystaniem narzędzia informatycznego *Pomocnik kontrolera*. Spośród tych pacjentek 31 zamieszkiwało na terenach wiejskich, a 19 w miastach do 10 tys. mieszkańców.

³⁵ Niektóre z pacjentek, ze względów medycznych, zgłaszały się na wizyty do *Poradni* więcej niż jeden raz we wskazanym w tym przepisie terminie.

³⁶ Liczba wizyt w *Poradni* pacjentek w ciąży stanowiąca próbę kontrolną zgłaszających się w danym przedziale czasowym wynosiła: do 10 tygodnia ciąży – 59, w przedziale 11-14 tygodni ciąży – 46, w przedziale 15-20 tygodni ciąży – 47, w przedziale 21-26 tygodni ciąży – 42, w przedziale 27-32 tygodni ciąży – 41, w przedziale 33-37 tygodni ciąży – 39, w przedziale 38-39 tygodni ciąży – 28 i po 40 tygodniu ciąży – 11.

³⁷ Na podstawie badanej próby dokumentacji medycznych ustalono, że wykonano/udzielono pacjentkom łącznie 3 879 zalecanych przepisami rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego świadczeń profilaktycznych, badań i/lub konsultacji.

- zlecenia i wykonania 26 (wszystkim) pacjentkom do 10 tygodnia ciąży i w 33-37 tygodniu ciąży badania w kierunku HIV;
- wykonania badania KTG 7 (wszystkich) pacjentek;
- zlecenia i wykonania badania VDRL wszystkim 50 pacjentkom, z tego dla 45 pacjentkom w ciąży w okresie do 10 tygodnia ciąży i 5 pacjentkom w trakcie pierwszej wizyty w poradni, które zgłosiły się po 10 tygodniu ciąży;
- zlecenia i wykonania 36 (wszystkim) pacjentkom będącym w 24-28 tygodniu ciąży badania stężenia glukozy we krwi;
- badania w kierunku toksoplazmozy 27 (wszystkim) pacjentek z ujemnym wynikiem w I trymestrze;
- badania USG wszystkich pacjentek w zalecanych terminach badań.

We wszystkich badanych dokumentacjach medycznych pacjentek odnotowano też:

- objęcie kobiet w ciąży opieką sprawowaną przez położną podstawowej opieki zdrowotnej;
- wydanie karty przebiegu ciąży z planem opieki przedporodowej;
- sporządzenie i wydanie 32 pacjentkom (tj. wszystkim, które były w poradni w 33-37 tygodniu ciąży) planu porodu przy współudziale lekarza ginekologa położnika, położnej poradni i położnej środowiskowej.

Lekarz wyjaśnił, że: *Do sporządzania planu porodu, w związku z tym, że nie ma ustalonego prawem wzoru, wykorzystujemy ogólnodostępne wzory na stronach internetowych kilku podmiotów medycznych związanych z ginekologią i położnictwem. Podczas wizyty pacjentki w 33-37 tygodniu ciąży w poradni, lekarz prowadzący i położna w poradni informuje pacjentkę o takim planie omawiając poszczególne etapy m.in. związane z przygotowaniem do porodu, porodem, opieką noworodka i innymi. W sporządzaniu planu współuczestniczy także położna środowiskowa. Informacja o sporządzeniu planu porodu odnotowana jest w dokumentacji medycznej pacjentki, ale sam plan porodu jest dokumentem, którym dysponuje pacjentka, bowiem jest on przedstawiany w miejscu - szpitalu, w którym następuje poród.*

(dowód: akta kontroli str. 217-258, 282-317, 330-368, 370-402, 455-456)

2. Pacjentkom *Poradni* stworzono warunki do zachowania intymności i godności³⁸ zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 20 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*. Przy pomieszczeniu rejestracji dostępne były informacje o prawach pacjenta, wyszczególniono ponadto akty prawne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta i OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 70-90, 173-181)

3. W objętym kontrolą okresie w *Przychodni Eskulap* nie ustalono w formie pisemnej zasad udostępniania pacjentom dokumentacji medycznej.

Kierownik *Przychodni Eskulap* wyjaśnił, że: *Każdy pacjent ma możliwość jej uzyskania na swój wniosek bezzwłocznie. W poradni ginekologiczno-położniczej, udostępnianie dokumentacji na wniosek pacjentki występuje nie częściej niż kilka czy kilkanaście razy w roku. Dotyczy to np. sytuacji związanych z pobytem pacjentki w szpitalu, zmianą przychodni, czy też zmianą miejsca zamieszkania. W takich przypadkach położna lub inny pracownik bezzwłocznie wykonuje w Przychodni odpisy (kserokopie) z potrzebnej pacjentowi dokumentacji, a lekarz (z poradni lub kierownik Przychodni) potwierdza te odpisy za zgodność. Z tytułu wykonywanych odpisów (kserokopii) nie pobierane są żadne opłaty. W przypadku wniosków innych podmiotów, np. ZUS, dokumentacja, po akceptacji kierownika Przychodni,*

³⁸ W *Poradni* dysponowano jednorazowymi prześcieradłami do wykładania fotela ginekologicznego i kozetki, okna w gabinecie położnej i gabinecie lekarskim wyposażone były w żaluzje umożliwiające całkowite ich zastąpienie. Umieszczony w gabinecie lekarskim fotel do badań ginekologicznych usytuowany był tyłem do wejścia w odległości ok. 3 m od okna oraz ok. 2,5 m od drzwi wejściowych, osłonięty dodatkowo parawanem, co uniemożliwilo widoczność fotela po otwarciu drzwi wejściowych.

wydawana jest na pisemny uzasadniony wniosek, a jej wydanie odnotowywane jest z ewidencji prowadzonej w rejestracji Przychodni.

Wpisy o udostępnionej pacjentom dokumentacji medycznej w Przychodni Eskulap odnotowywano w ewidencji obejmującej: a/ nazwisko i imię pacjenta, b/ datę (bez określenia, co ta data oznacza), c/ podpis. Ponadto przy niektórych wpisach wskazywano cel wydania dokumentacji (np. neurolog, psychiatra, okulista, ogólna), a niektóre wpisy były skreślone. W wykazie tym nie zawarto niektórych informacji wymaganych przepisem art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, co opisano w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 158-171, 182-185, 406-407)

Ustalono
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacji medycznej nie odnotowano wpisów lekarzy potwierdzających wykonanie niektórych zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie zdrowia, wskazanych w pkt II *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* załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego, pomimo iż z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej wynika obowiązek niezwłocznego dokumentowania m.in. wykonanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie zdrowia.

Stwierdzone w tym zakresie braki wystąpiły w 33 dokumentacjach medycznych pacjentek w ciąży, w których nie odnotowano wpisów potwierdzających wykonanie łącznie 104 świadczeń i działań profilaktycznych³⁹.

Odpowiedzialność za powyższe nieprawidłowości ponosili lekarze zatrudnieni w Przychodni, z których jeden nie odnotował wykonania 92 zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia w 28 dokumentacjach pacjentek, a drugi nie odnotował wykonania 12 świadczeń lub działań w 5 dokumentacjach pacjentek.

Lekarze w wyjaśnieniach podali, że: *Wszystkie zalecane świadczenie profilaktyczne i działania w zakresie promocji zdrowia były wykonane u wszystkich pacjentek będących w ciąży, które zgłosiły się do poradni ginekologiczno-położniczej. Braki w odnotowaniu w dokumentacji medycznej tych świadczeń wynikają głównie z przeoczenia obowiązku odnotowania w dokumentacji pacjentek ich faktycznego wykonania oraz z tego, że czas pobytu pacjentki w poradni poświęcałem na wykonywanie świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i informacji propagujących zdrowy styl życia, a mających na celu zdrowy rozwój płodu i zdrowie matki. Dostrzegam, że braki w odnotowaniu wszystkich wykonanych świadczeń dokumentacji medycznej nie powinny występować, dlatego też zwiększę uwagę na pełne dokumentowanie wszystkich czynności-udzielanych świadczeń i działań wykonywanych w poradni ginekologiczno-położniczej w odniesieniu do każdej pacjentki.*

Kierownik Przychodni wyjaśnił: *Wcześniej nie miałem sygnałów o ewentualnych brakach w zapisach dokumentacji medycznej pacjentek w ciąży będących pod opieką przychodni ginekologiczno-położniczej. Nie miałem powodu, aby w tym zakresie sprawować zwiększony nadzór nad wykonywaniem zadań przez lekarzy. Jestem jednak przekonany, że pomimo nie odnotowania w indywidualnej dokumentacji medycznej niektórych świadczeń profilaktycznych, były one w pełni*

³⁹ Tj. kontroli stanu jamy ustnej (w 28 dokumentacjach medycznych brak było 51 wpisów); propagowania zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej (w 10 dokumentacjach brak było 29 wpisów); badania gruczołów sutkowych (w 19 dokumentacjach brak było 19 wpisów); praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej (w dokumentacji medycznej 4 pacjentek brak było 4 wymaganych wpisów); oceny ryzyka ciążowego (w dokumentacji jednej pacjentki brak było wpisu potwierdzającego w tym przypadku dokonanie takiej oceny).

zrealizowane. Niemniej jednak zwiększyć nadzór nad realizacją tego obowiązku przez lekarzy z poradni ginekologiczno-położniczej.

(akta kontroli str. 10-11, 217-258, 272-276, 282-317, 330-368, 370-402, 403-404, 418, 429, 430-445, 448, 449-454)

2. Pomimo obowiązku ustalonego w art. 1 pkt 10 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw⁴⁰, a dotyczącego prowadzenia od dnia 11 maja 2017 r. wykazu zawierającego informacje wymagane przez art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, w jednostce kontrolowanej nie prowadzono wykazu zawierającego informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej obejmujące: 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna; 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej; 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej; 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna; 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną; 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Kierownik Przychodni wyjaśnił, że: *Nieprowadzenie w Przychodni Eskulap wykazu udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym w art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynikało z przeoczenia obowiązku prowadzenia takiego wykazu w zakresie wskazanym w tym przepisie. Bezzwłocznie wydam polecenie zaprowadzenia wykazu udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w NZOZ Eskulap zgodnie z art. 27 ust. 4 tej ustawy.*

W toku kontroli powyższa nieprawidłowość została usunięta.

(dowód: akta kontroli str. 158-171, 182-185, 403-404, 406-407)

Ocena częściowa

Każdemu pacjentowi przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, obejmującą m.in. właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej. Mając na uwadze powyższe Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej 33 kobiet w ciąży zlecenia lub wykonania niektórych świadczeń, o których mowa w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego. Powyższe zaniechanie stanowiło naruszenie praw pacjentów w zakresie odnoszącym się do prowadzenia dokumentacji medycznej, stwarzając jednocześnie wątpliwości co do faktycznego zakresu udzielonych świadczeń w ramach sprawowanej w Poradni opieki okołoporodowej. NIK pozytywnie ocenia natomiast warunki, które zostały zapewnione pacjentkom przyjmowanym w Poradni, które zapewniały intymny przebieg badania.

3. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. W objętym kontrolą okresie w Poradni realizowanym był profilaktyczny program zdrowotny raka szyjki macicy na podstawie umów zawartych z OOW NFZ⁴¹. Świadczenia w tym zakresie obejmowały pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego⁴². Na 2016 r. i 2017 r. ustalono (po zmianach) 318 i 447 pkt rozliczeniowych (w obu latach cena jednostkowa za punkt wynosiła 9,30 zł). W ramach ww. umów rozliczono wykonanie 162 badań

⁴⁰ Dz. U. poz. 836.

⁴¹ Na podstawie umów z OOW NFZ na 2016 nr 08R/20172/02/01/AOS/2016 zawartej 12 stycznia 2016 r. (ze zm.) i na 2017 r. nr 08R/20172/02/01/AOS/2017 zawartej 30 grudnia 2016 r. (ze zm.).

⁴² Kod zakresu świadczenia – 02.1450.101.02-01 zakres skojarzony ze świadczeniem o kodzie świadczenia 02.1450.001.02 – świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.

w 2016 r. i 100 badań do dnia 30 września 2017 r.⁴³. Materiał biologiczny do badań cytologicznych pobierał wyłącznie lekarz specjalista położnictwa i ginekologii.

Stwierdzono, że wyposażenie gabinetu było zgodne z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych ustalonych dla świadczeniodawcy w *Programie profilaktyki raka szyjki macicy*, o którym mowa w lp. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych (co zostało opisane w pkt 1 wystąpienia).

(dowód: akta kontroli str. 70-153, 171-172, 277-278, 408-412, 428)

Do kontroli prawidłowości realizacji profilaktycznego programu zdrowotnego raka szyjki macicy wylosowano 50 dokumentacji medycznych pacjentek w wieku 25-59 lat, które z innego niż ciąża powodu korzystały z *Poradni*⁴⁴. Stwierdzono, że w latach 2016-2017 (do dnia 6 października 2017 r.) w dokumentacji medycznej tych pacjentek znajdowały się wymagane wpisy potwierdzające m.in.:

- przeprowadzenie wywiadu dotyczącego raka piersi i raka macicy⁴⁵;
- pobranie materiału do badania cytologicznego⁴⁶.

Kontrola wykazała, że jednym przypadkiem pacjentka obciążona ryzykiem wystąpienia raka szyjki macicy nie zgłosiła się powtórnie do *Poradni*, a kontrolowana jednostka nie podejmowała próby kontaktu z tą osobą. W tej sprawie lekarz wyjaśnił: *W związku z tym, że wynik badania cytologicznego u pacjentki (...) był ujemny (prawidłowy) nie było powodu, aby podejmować jakiekolwiek działania związane z jej stanem zdrowia.*

W dwóch dokumentacjach nie odnotowano też faktu poddania pacjentek badaniu corocznego piersi. W tej sprawie lekarz wyjaśnił: *We wszystkich przypadkach wizyty pacjentki w poradni przeprowadzam wywiad dotyczący m.in. wystąpienia raka piersi i/lub raka szyjki macicy. Także we wszystkich tych przypadkach, także w tych dwóch, dokonuję badania piersi, nie rzadziej niż raz w roku. Braki w odnotowaniu w dokumentacji medycznej przeprowadzenia badań piersi u dwóch pacjentek wynikały głównie z przeoczenia obowiązku ich odnotowania (...) ich faktycznego wykonania oraz z tego, że czas pobytu pacjentki w poradni poświęcałem na inne badania i informacje propagujące zdrowy styl życia a mające na celu zdrowy rozwój pacjentki. Dostrzegam, że braki w odnotowaniu wszystkich wykonanych badań w dokumentacji medycznej nie powinny występować, dlatego też zwiększę uwagę na pełne dokumentowanie wszystkich przeprowadzonych czynności-udzielanych świadczeń i działań wykonywanych w poradni ginekologiczno-położniczej w odniesieniu do każdej pacjentki.*

Kierownik *Przychodni Eskulap* wyjaśnił, że: *Nieodnotowanie w dokumentacji medycznej wykonania w dwóch przypadkach przeprowadzenia badania piersi u pacjentek, którym w 2016 r. udzielano porad w przychodni ginekologiczno-położniczej mogło wynikać z przeoczenia obowiązku dokumentowania wszystkich przeprowadzonych badań przedmiotowych. Po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem udzielającym w tych przypadkach porad, zwróciłem mu uwagę na konieczność dokumentowania wszystkich informacji związanych z poradą*

⁴³ Badania cytologiczne przeprowadzone były także poza programem zdrowotnym w ramach świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (kod 02.1450.001.02-1), których w 2016 r. wykonano 316 badań, a w 2017 r. (do 30 września) 253 badań.

⁴⁴ Losowanie proste 50 (spośród 5 217) dokumentacji pacjentek poradni ginekologiczno-położniczej przeprowadzono przy użyciu aplikacji *Pomocnik kontrolera* w obecności pracownika wyznaczonego przez Kierownika *Przychodni Eskulap*. Badaniem objęto wylosowaną dokumentację pacjentek, które w ciągu trzech lat korzystały ze świadczeń medycznych w poradni ginekologiczno-położniczej i były w wieku 25-59 lat, w przypadku dokumentacji niespełniającej tego kryterium, kontroli poddano następną (kolejny numer) dokumentację spełniającą założone kryterium. W badanej próbie było 25 pacjentek mających miejsce zamieszkania na wsi i 25 pacjentek mających miejsce zamieszkania w mieście.

⁴⁵ W przypadku trzech pacjentek odnotowano obciążenie czynnikami ryzyka wystąpienia raka piersi, w tych przypadkach corocznie lekarz przeprowadzał w poradni badanie piersi (palpacyjnie i/lub aparatem USG).

⁴⁶ W badanej próbie 48 pacjentkom pobrano materiał do badania cytologicznego przynajmniej jeden raz, w jednym przypadku pacjentka miała pobierany materiał do badania w październiku 2014 r. i od początku 2017 r. leczona była farmakologicznie a badanie cytologiczne przewidziane podczas wizyty w poradni w październiku 2017 r.; w jednym przypadku cytologia wykonywana było corocznie (pacjentka obciążona czynnikiem ryzyka).

ambulatoryjną, dane z wywiadu i badań przedmiotowych, który oświadczył mi, że badania takie przeprowadza we wszystkich przypadkach. Jestem także przekonany, że badanie takie były przeprowadzone przez tego lekarza, posiadającego bardzo wysokie kwalifikacje zawodowe i wieloletnie doświadczenie w zawodzie.

Analiza ww. dokumentacji medycznej wykazała, że przestrzegano kryterium kwalifikacji do badań cytologicznych ustalonych w lp. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 186-191, 277-278, 408-417, 428)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że coroczne badanie piersi jest jednym z podstawowych badań podmiotowych, jakie powinno być wykonywane w gabinecie ginekologicznym⁴⁷.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo nieodnotowania w dokumentacji medycznej u dwóch pacjentek faktu przeprowadzania badania piersi, działalność w badanym obszarze. W *Poradni* wszystkim pacjentkom wykonywano badania cytologiczne z częstotliwością wynoszącą trzy lata.

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 Kontroli*⁴⁸, wnosi o:

1. Podjęcie skutecznych działań organizacyjnych i nadzorczych w celu zapewnienia bezzwłocznego wpisywania w dokumentacji medycznej pacjentek wykonywanych przez lekarza lub położną wszystkich świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia związanych z opieką okołoporodową.
2. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości korzystania z minimalnej funkcjonalności systemów teleinformatycznych, tj. możliwości umawiania się na wizyty, przeglądania i drukowania zaplanowanych wizyt.

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 wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

⁴⁷ Zalecenia wskazane m.in. w podręczniku położnictwa i ginekologii „Położnictwo i ginekologia” pod redakcją Grzegorza H. Bręborowicza (tom 2), Wydawnictwo Lekarskie PZW dla studentów medycyny, zgodne z programem nauczania tego przedmiotu określonym przez Ministerstwo Zdrowia.

⁴⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 524; dalej: *ustawa o NIK*.

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

Opole, dnia 22 grudnia 2017 r.

Kontroler
Marek Dudek
Główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Dyrektor


DIREKTOR
Z up
.....
Janusz Madej
Wicedyrektor
Delegatury NIK w Opolu
podpis

