



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO. 410.023.03.2017

P/17/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań

T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01

lpo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/061 – Dostępność świadczeń ginekologiczno - położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
<i>Kontroler</i>	Marek Rozwalka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/174/2017 z dnia 16 października 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

<i>Jednostka kontrolowana</i>	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne KROB-MED (dalej: Centrum), ul. Powstańców Wielkopolskich 95E, 63-840 Krobia.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Andrzej Jedlikowski – na podstawie uchwały podjętej w dniu 30 maja 2006 r. przez wspólników „Centrum Medyczne KROB-MED” Spółka cywilna ¹ : Joannę Sobkowicz-Migas, Andrzeja Jedlikowskiego, Eugeniusza Nelke, w sprawie ustanowienia kierownika Centrum.

(dowód: akta kontroli str. 1-16)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Poradnia ginekologiczno-położnicza Centrum (dalej także: „Poradnia”) była właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego oraz wyposażenie w wymaganą aparaturę medyczną, a także właściwy stan sanitarny pomieszczeń. Czas działania Poradni dostosowany był do warunków określonych przez NFZ oraz zgodny z zawartą umową. Pacjentki Poradni miały dostęp do wszystkich badań zalecanych w obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia³. Stwierdzono jednak, że w listach oczekujących w 2017 r. na udzielenie świadczeń ginekologiczno-położniczych wykazane zostały pacjentki kontynuujące leczenie, a w liście oczekujących za październik brak było numerów telefonów

¹ Umowę Spółki zawarto w dniu 2 maja 2005 r.

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

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739 – dalej również: rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm. – dalej również: rozporządzenie w sprawie AOS); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 ze zm. – dalej również: rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych).

pacjentek, co było niezgodne z obowiązującymi regulacjami⁴. Pacjentkom nie zapewniono⁵ ponadto możliwości elektronicznej rejestracji na wizyty.

Analiza dokumentacji medycznej Poradni wskazuje na to, że zalecanych w standardach opieki okołoporodowej⁶ badań dotyczących morfologii krwi oraz moczu nie wykonano odpowiednio: 23 i 30 pacjentkom w ciąży, spośród 50 losowo wybranych, które w latach 2016-2017 korzystały z usług Poradni. W wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentek w okresie ciąży nie dopełniono ponadto obowiązku⁷ udokumentowania udzielenia 1.532 świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia oraz wykonania 407 badań i konsultacji medycznych.

Wszystkim 50 losowo wybranym pacjentkom, których powodem wizyty w Poradni, w latach 2016-2017 (do 30 września) nie była ciąża, wykonano badania cytologiczne i gruczołów sutkowych z wymaganą częstotliwością. W wewnętrznej dokumentacji medycznej tych pacjentek brak było jednak dowodów potwierdzających przeprowadzenie przez lekarza wywiadów dotyczących ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy i raka piersi.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie poradni do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.1. W 2016 r. w Poradni zarejestrowanych zostało 2.688 wizyt 647 pacjentek, w tym 194 zarejestrowane wizyty dotyczyły 46 pacjentek w ciąży. Wg stanu na 30 września 2017 r. w Poradni zarejestrowano 1.161 wizyt 501 pacjentek, w tym 171 zarejestrowanych wizyt dotyczyło 45 pacjentek w ciąży. Badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy wykonano w Poradni w latach 2016-2017 (do 30 września) odpowiednio: 302 i 181 pacjentkom.

(Dowód: akta kontroli str. 121-122)

W latach 2016 i 2017 (do 30 września) Narodowy Fundusz Zdrowia – Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu (dalej NFZ) zakontraktował w Centrum, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS⁸, następujące świadczenia zdrowotne:

a) W 2016 roku:

- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii⁹ (11.348 punktów rozliczeniowych w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 104.401,60 zł oraz 770 punktów w cenie jednostkowej 4,60 zł, o wartości 3.542,00 zł). Wykonano

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 – dalej również: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

⁵ Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca od dnia 1 stycznia 2013 r. zobowiązany jest umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty oraz możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132 – dalej również: rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej).

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069 – rozporządzenie również w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej).

⁸ Umowa nr 150006037/02/1/0056/2/12/16 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka zdrowotna, z dnia 15 lutego 2012 r.; aneksy: Nr APU_1 z dnia 15 stycznia 2016 r., Nr 43_KRZ z dnia 12 lutego 2016 r., Nr S1 z dnia 15 listopada 2016 r., Nr 43_ZWD1 z dnia 2 grudnia 2016 r., Nr APU_1 z dnia 27 grudnia 2016 r., Nr APU_OB1 z dnia 12 maja 2017 r., Nr APU_OB2 z dnia 8 sierpnia 2017 r., Nr ZW_WYCENA z dnia 25 sierpnia 2017 r., Nr APU_3F z dnia 10 października 2017 r., Nr 43_KOR1 z dnia 31 października 2017 r.; dane Informatora o umowach NFZ - ze strony „https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/...” za 2016 r.

⁹ Kod zakresu świadczeń 02.1450.001.02.

odpowiednio do ww. zakontraktowanych ilości punktowych 11.326,50 punktów, o wartości 104.203,80 zł oraz 793,50 punktów, o wartości 3.650,10 zł. Refundacja NFZ wyniosła odpowiednio 104.203,80 zł oraz 3.537,40 zł;

- pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02¹⁰ (310 punktów rozliczeniowych w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 2.852,00 zł). Wykonano 302 punkty, o wartości 2.778,40 zł. Refundacja NFZ wyniosła 2.778,40 zł;

- świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02¹¹ (746 punktów rozliczeniowych w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 6.863,20 zł). Wykonano 745,50 punktów, o wartości 6.858,60 zł. Refundacja NFZ wyniosła 6.858,60 zł;

- koszty świadczeń wynikające z § 2 rozporządzenia OWU – 02/1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach¹² (2,04 jednostek rozliczeniowych w cenie jednostkowej 300 zł, o wartości 612 zł). Refundacja NFZ wyniosła 612,00 zł;

- koszty świadczeń wynikające z § 2 rozporządzenia zmieniającego OWU – 02/1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach¹³ (2,04 jednostek rozliczeniowych w cenie jednostkowej 100 zł, o wartości 204,00 zł). Refundacja NFZ wyniosła 204,00 zł;

- koszty świadczeń wynikające z § 2 rozporządzenia zmieniającego OWU – 02/1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach¹⁴ (0,68 jednostek rozliczeniowych w cenie jednostkowej 400 zł, o wartości 272,00 zł). Refundacja NFZ wyniosła 272,00 zł;

- koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego OWU ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach¹⁵ (1,36 jednostek rozliczeniowych w cenie jednostkowej 800 zł, o wartości 1.088,00 zł). Refundacja NFZ wyniosła 1.088,00 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 47-70)

b) w 2017 r. (do 30 września):

- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii¹⁶ (8.418 punktów rozliczeniowych w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 77.445,60 zł). Wykonano 8.270,73 punktów, o wartości 76.090,72 zł. Refundacja NFZ wyniosła 76.090,72 zł;

- pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02¹⁷ (186 punktów rozliczeniowych w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 1.711,20 zł). Wykonano 181,56 punkty, o wartości 1.670,35 zł. Refundacja NFZ wyniosła 1.670,35 zł;

- świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02¹⁸ (624 punkty rozliczeniowe w cenie jednostkowej 9,20 zł, o wartości 5.740,80 zł). Wykonano 623,99 punktów, o wartości

¹⁰ Kod zakresu świadczeń 02.1450.101.02.

¹¹ Kod zakresu świadczeń 02.1450.201.02.

¹² Kod zakresu świadczeń 02.9998.000.02.

¹³ Kod zakresu świadczeń 02.9996.001.02.

¹⁴ Kod zakresu świadczeń 02.9996.001.02.

¹⁵ Kod zakresu świadczeń 02.9996.002.02.

¹⁶ Kod zakresu świadczeń 02.1450.001.02.

¹⁷ Kod zakresu świadczeń 02.1450.101.02.

¹⁸ Kod zakresu świadczeń 02.1450.201.02.

7.740,70 zł. Refundacja NFZ wyniosła 4.685,00 zł (rachunek obejmował realizację 509,24 punktów¹⁹);

- koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego OWU ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach²⁰ (3,06 jednostek rozliczeniowych w cenie jednostkowej 844,44 zł, o wartości 2.584,00 zł). Refundacja NFZ wyniosła 2.584,00 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 17-46)

1.2. W latach 2016 – 2017 (do 30 września), świadczenia w Poradni udzielane były przez lekarza specjalistę drugiego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii (dalej: lekarz) oraz położną. Lekarz w latach 2001-2002 ukończył kursy i seminaria z zakresu diagnostyki USG jamy brzusznej oraz ultrasonografii w położnictwie i ginekologii, w latach 2000-2007 uczestniczył w szkoleniach, kursach i warsztatach w zakresie cytologii onkologicznej w ginekologii, raka piersi, a także technik endoskopowych, kriochirurgicznych, laparoskopowych i histeroskopowych - w diagnostyce i leczeniu ginekologicznym, w tym operacyjnym. Osoby udzielające w Poradni świadczeń zdrowotnych były wykazane w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach AOS, zawartej z NFZ. Kwalifikacje tych osób odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1, poz. 34 rozporządzenia w sprawie AOS oraz poz. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych.

(Dowód: akta kontroli str. 21-22, 43-44, 67-68, 71-109)

1.3. Sposób urządzenia Poradni spełniał wymagania określone w § 36 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. i załączniku nr 2 tego rozporządzenia, jak również odpowiadał wymogom wskazanym w poz. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy, w którym udzielano świadczeń ginekologiczno-położniczych oraz pobierano materiał z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego, wyposażono w fotel ginekologiczny (wyłożony jednorazowym podkładem papierowym, bez możliwości regulacji wysokości fotela) usytuowany obok wejścia do wydzielonego wewnątrz Poradni odrębnego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego m.in. w bidet, miskę ustępową i umywalkę. Gabinet wyposażono m.in. w kozetkę lekarską, stoliki i szafkę zabiegową, (w której przechowywano m.in. jednorazowe wzierniki do badań oraz jednorazowe szczoteczki do pobrań rozmazu z części tarczy pochwowej oraz kanału szyjki macicy), wagę osobową, dwukomorowy zlew z ciepłą i zimną wodą, dozownikami mydła i środka dezynfekcyjnego oraz pojemniki z papierowymi ręcznikami jednorazowymi. W pomieszczeniu tym zainstalowano żaluzje pionowe materiałowe (przesuwne) oddzielające część diagnostyczno-zabiegową (m.in. fotel ginekologiczny) od części konsultacyjno-biurowej znajdującej się bezpośrednio przy wejściu do gabinetu. Okna w tym pomieszczeniu posiadały żaluzje.

W latach 2016-2017 (do czasu kontroli) Poradnia korzystała wyłącznie z jednorazowych instrumentów medycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 123-127, 132-175)

Na wyposażeniu gabinetu diagnostyczno-zabiegowego znajdowały się ponadto następujące urządzenia medyczne: ultradźwiękowy detektor tętna płodu UDT-10M, aparat do elektrokoagulacji ES-120 1, aparat do kriochirurgii w zestawie z butlą z ciekłym azotem, kolposkop OLYMPUS OCS-3, KTG kardiograf BD 3000-MK2,

¹⁹ Maksymalna liczba punktów na podstawie aneksu Nr APU_3F z dnia 10 października 2017 r. wynosiła 510 punktów; zmiana liczby punktów na 624 nastąpiła na podstawie aneksu Nr 43_KOR1 z dnia 31 października 2017 r.

²⁰ Kod zakresu świadczeń 02.9996.002.02.

aparat USG MYSONO 201 wraz z drukarką i monitorem oraz reflektor zabiegowy FAMED B-132, mikroskop i ciśnieniomierz. Urządzenia te posiadały aktualne przeglądy techniczne dopuszczające je do użytkowania i wykazane zostały w załącznikach do umowy z NFZ na realizację w latach 2016-2017 świadczeń ginekologiczno-położniczych, jako zasoby sprzętowe Poradni.

(Dowód: akta kontroli str. 21-22, 43-44, 67-68, 123-127)

Odnosnie braku możliwości regulacji wysokości fotela ginekologicznego, lekarz udzielający w Poradni w latach 2016-2017 (do czasu kontroli) świadczeń ginekologiczno-położniczych wyjaśnił, że posiadanie takiego fotela nie jest w świetle wymogów NFZ konieczne. Dodał, że pacjentki w podeszłym wieku i ograniczone ruchowo z powodzeniem radzą sobie korzystając z dodatkowego podestu i asysty.

(Dowód: akta kontroli str. 123-127, 576-582)

1.4 Centrum zapewniło w latach 2016-2017 (do czasu kontroli) możliwość wykonywania badań określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz w sprawie AOS na miejscu oraz przez podwykonawców. Centrum zleciło wykonywanie badań laboratoryjnych, w tym zaleconych w standardach opieki okołoporodowej (przeciwciała odpornościowe, morfologia i badanie ogólne moczu, glukoza, HIV, VDRL, HCV, toksoplazmoza, różyczka, antygen Hbs) laboratorium medycznemu w Gostyniu wpisanemu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (materiał do badań pobierany był trzy razy w tygodniu w Centrum, w którym wydawane były także wyniki badań). Centrum zleciło ponadto podwykonawcom: pracowni radiologicznej w Gostyniu, SPZOZ i laboratorium w Lesznie, SPZOZ w Poznaniu²¹ wykonywanie w latach 2016-2017 następujących badań w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: zdjęć RTG z opisami, mammograficznych, mikrobiologicznych i histopatologicznych, cytologii ginekologicznej oraz echokardiografii płodu z kolorowym obrazowaniem przepływu. W Centrum wykonywane są m.in. badania-zabiegi w zakresie: USG, kolposkopii, krioterapii i elektrokoagulacji.

(Dowód: akta kontroli str. 25-26, 45-46, 69-70, 110-119)

Stosownie do wymogów § 11 ust. 7 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ²² harmonogram działania Poradni (wtorek godz. 15.30–19.30; czwartek godz. 15.30–19.30; piątek godz. 8.00 – 13.00) ustalony został w sposób zapewniający jej dostępność dla pacjentek, co najmniej przez trzy dni w tygodniu po cztery godziny dziennie, z zachowaniem ciągłości czterech godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godz. 7.30 a 14.00 oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godz. 14.00 a 20.00.

(Dowód: akta kontroli str. 21-22, 43-44, 67-68, 123-127)

1.5. W 2017 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentek Poradni na wizyty wynosił²³ w przypadkach stabilnych: za marzec – 2 dni, za czerwiec – 3 dni, za wrzesień – 5 dni oraz za październik – 3 dni. Z przedłożonych kart kolejek oczekujących²⁴ za miesiące styczeń, czerwiec i grudzień 2016 r. wynikało, że czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach stabilnych i pilnych wynosił „0” dni.

(Dowód: akta kontroli str. 128-129, 176-195)

²¹ Wszyscy podwykonawcy wykazani zostali w umowie z NFZ.

²² Zarządzenie 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.

²³ Według raportów kolejek oczekujących (kierowanych do NFZ), generowanych w prowadzonym w Centrum w 2017 r. oprogramowaniu „drEryk”.

²⁴ Generowanych (skierowanych do NFZ) przez prowadzone w Centrum w 2016 r. oprogramowanie „KS-Gabinet”.

Joanna Sobkowicz-Migas wyjaśniła, że w 2016 r. wykazywano stany zerowe oczekiwania na wizyty, co „według rozumienia na tamten okres oznaczało „na bieżąco”. Program „KS-Gabinet” nie umożliwiał, jak podała, przetwarzania danych dot. terminów rejestracji z terminami wizyt poszczególnych pacjentek, a tworząc listy oczekujących w systemie, automatycznie wykazywane były stany zerowe - przekazywane co miesiąc do NFZ - i co, jak wyjaśniła „w naszym rozumieniu oznaczało bieżące przyjmowanie pacjentek”. Stwierdziła ponadto, że: „Inne listy, np. w formie papierowej nie były tworzone”. Joanna Sobkowicz-Migas wyjaśniła, że Centrum nie zapewniało możliwości elektronicznej rejestracji pacjentów oraz, że nie posiada pisemnie uregulowanych zasad dotyczących krótszego oczekiwania pacjentek w ciąży, jednak są one traktowane priorytetowo, a personel stara się zapewnić, by porada została zrealizowana w dogodnym terminie i czasie.

(Dowód: akta kontroli str. 176-195)

Listy pacjentek oczekujących na udzielenie w 2017 r. świadczeń ginekologiczno-położniczych obejmowały zarówno pacjentki, które po raz pierwszy zgłosiły się do Poradni (na wizyty niezwiązane z kontynuacją leczenia), jak również pacjentki kontynuujące leczenie. Poddany oględzinom raport kolejek oczekujących za miesiąc październik 2017 r. obejmował 60 pacjentek oczekujących na udzielenie świadczeń w Poradni, natomiast po korekcie – odjęciu pacjentek kontynuujących leczenie – lista oczekujących pacjentek (niekontynuujących leczenia) obejmowała 22 osoby. Z wyjaśnienia osoby zatrudnionej do obsługi ww. programu (wykonującej m.in. usługi w zakresie statystyki) wynikało, że sytuacja ta spowodowana została przyjętym w 2017 r. schematem oznaczania wizyt wszystkich pacjentek trybem „niewymagające skierowania”, przy jednoczesnym braku oznaczania w systemie wizyt kontynuujących leczenie pacjentek właściwą kategorią (trybem), tj. „kontynuacja leczenia”.

(Dowód: akta kontroli str. 128-131)

Listy oczekujących na udzielenie świadczeń ginekologiczno-położniczych za październik 2017 r. nie zawierały numerów telefonów (lub innych sposobów komunikacji) 11 pacjentek, które miały zarejestrowane wizyty na 2 i 7 listopada 2017 r.

(Dowód: akta kontroli str. 128-129)

1.6. W latach 2016-2017 do Centrum nie kierowano skarg dotyczących realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej świadczeń ginekologiczno-położniczych.

(Dowód: akta kontroli str. 173-175)

1.7. W latach 2016 - 2017 (do 30 września) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gostyniu przeprowadził w Centrum cztery kontrole z zakresu m.in.: stanu technicznego i sanitarnego pomieszczeń i urządzeń, gospodarki wodno-ściekowej i odpadami komunalnymi, zabiegów dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji, procesów sterylizacji, postępowania w zakresie odpadów medycznych, zapobiegania szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych i zgłaszania zachorowań w tym zakresie, realizacji programu szczepień ochronnych oraz gospodarki szczepionkami, jak również dokumentacji zdrowotnej pracowników. W wyniku przeprowadzonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości²⁵.

(Dowód: akta kontroli str. 132-172)

²⁵ Sformułowano jedno zalecenie dotyczące monitorowania warunków termicznych przechowywania szczepionek.

W działalności Centrum w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Prowadzone w Centrum w 2017 r. listy oczekujących na udzielenie świadczeń ginekologiczno-położniczych obejmowały pacjentki, które po raz pierwszy zgłosiły się do Poradni (na wizyty niezwiązane z kontynuacją leczenia), jak również pacjentki kontynuujące leczenie. Wykazywanie w 2017 r. w listach oczekujących na udzielenie świadczeń pacjentek kontynuujących leczenie, było niezgodne z art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Lista oczekujących na udzielenie świadczeń ginekologiczno-położniczych za miesiąc październik 2017 r. nie zawierała numerów telefonów (lub innego sposobu komunikacji) 11 pacjentek, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. g tej ustawy.

(Dowód: akta kontroli str. 128-131)

Z wyjaśnień złożonych przez Joannę Sobkowicz-Migas wynikało, że ujęcie wszystkich pacjentek na liście oczekujących, tj. zarówno „pierwszorazowych”, jak i kontynuujących leczenie, wynikało z błędu merytorycznego. W wyniku kontroli i doszkolenia w tym zakresie przyjęto poprawne parametry wpisywania pacjentek do kolejek oczekujących, o czym poinstruowano szczegółowo personel rejestrujący. W odniesieniu do braku wpisywania na liście oczekujących numerów telefonów lub innego sposobu komunikacji wyjaśniająca wskazała, że numery telefoniczne były w razie potrzeby wyszukiwane w książce telefonicznej, przy czym część numerów wpisano na papierowych kartach pacjentek. Dodała, że aktualnie, po przeszkoleniu personelu numery telefonów pacjentek, które wyrażają zgodę na ich udostępnienie, są wpisywane bezpośrednio do systemu.

(Dowód: akta kontroli str. 176-177)

2. Niezapewnienie pacjentkom możliwości elektronicznej rejestracji na wizyty było niezgodne z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w myśl którego świadczeniodawca od dnia 1 stycznia 2013 r. zobowiązany jest umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty oraz możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Minister Zdrowia, rozporządzeniem z dnia 19 kwietnia 2013 r. oraz z dnia 7 lipca 2017 r. ustalił minimalne funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych, umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Ocena
częstkowa

Poradnia była właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego oraz wyposażenie w wymaganą aparaturę medyczną, a także właściwy stan sanitarny pomieszczeń. Czas działania Poradni dostosowany był do warunków określonych przez NFZ oraz zgodny z zawartą umową. Pacjentki miały dostęp do wszystkich badań zalecanych w obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Stwierdzono jednak, że wbrew obowiązującym regulacjom w listach oczekujących w 2017 r. na udzielenie świadczeń ginekologiczno-położniczych wykazane zostały pacjentki kontynuujące leczenie, a w liście oczekujących za październik brak było numerów telefonów pacjentek. Pacjentkom nie zapewniono ponadto możliwości elektronicznej rejestracji na wizyty.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Kontrola wykonywania pacjentkom zalecanych badań w terminach określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej, przeprowadzona została na podstawie zapisów w dokumentacji medycznej losowo wybranych 50 pacjentek w ciąży, które w latach 2016-2017 (do 30 września) zostały przyjęte w Poradni. Badanie wykazało, że:

a) w wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 pacjentek nie było potwierdzenia wykonania 1.532 świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej, polegających na: a) pomiarze ciśnienia tętniczego krwi (50 pacjentek/świadczenie realizowane w 275 okresach ciąży, wskazanych w ww. rozporządzeniu; b) pomiarze masy ciała - określeniu wzrostu (50/275); c) propagowaniu zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej (50/275); d) ocenie ryzyka ciążowego (49/268); e) kontroli stanu zdrowia jamy ustnej (46/117); f) praktycznym i teoretycznym przygotowaniu do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej (42/142); g) przekazaniu informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (48/48); h) ocenie czynności serca płodu (12/16); i) badaniu położniczym (1/1); j) ocenie aktywności płodu, ocenie ruchów płodu (2/3); k) ocenie wymiarów miednicy (32/32); l) badaniu gruczołów sutkowych (49/80). Poddana kontroli dokumentacja medyczna ww. pacjentek nie potwierdzała również wykonania 407 zalecanych badań i konsultacji medycznych dotyczących: morfologii krwi (17/25); moczu (27/51); czystości pochwy (49/121); przeciwciał odpornościowych (48/69); grupy krwi i Rh (42/42); oceny stanu zdrowia jamy ustnej, określenia potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenia planu leczenia (47/47); HIV (16/16); antygenu HBs (6/6); cytologii (2/2); posiewu z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (6/6); stężenia glukozy we krwi na czczo (8/8); stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. ciąży) - dwukrotnego oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy (3/3); VDRL (8/8); przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh- (3/3).

(Dowód: akta kontroli str. 196-562)

Z wyjaśnień złożonych przez specjalistę położnictwa i ginekologii (lekarza wykonującego te świadczenia i badania oraz prowadzącego dokumentację medyczną) wynikało, że dane dotyczące świadczeń obejmujących pomiary ciśnienia tętniczego i masy ciała, oceny czynności serca płodu i jego aktywności, oceny wymiarów miednicy, badania położniczego, badania gruczołów sutkowych i czystości pochwy oraz badania cytologicznego, wpisywano do karty ciąży, która jest dokumentem pacjentki, przy czym kserokopii tych kart nie wykonywano i nie dołączano do kartoteki pacjentki. Świadczenia w zakresie propagowania zdrowego stylu życia, oceny ryzyka ciążowego, kontroli stanu zdrowia jamy ustnej, w tym badania stomatologicznego, przygotowania do porodu, jak również informowania o możliwości wykonania badań wad genetycznych realizowano, jak wynikało z wyjaśnień ww. osoby, poprzez dyskusje i rozmowy z pacjentkami w toku wizyt. Brak potwierdzenia w dokumentacji dokonanych: ocen ryzyka ciążowego i wymiarów miednicy, badań gruczołów sutkowych i czystości pochwy oraz kontroli stanu zdrowia jamy ustnej, lekarz uzasadnił jednocześnie brakiem stwierdzanych w tym zakresie odchyleń. Wyniki badań z zakresu morfologii, badania moczu,

przeciwciał odpornościowych, grupy krwi i Rh, HIV, antygenu HBs, paciorkowców B-hemolizujących, stężenia glukozy i VDRL wydano, jak wyjaśniono, pacjentkom, przy czym w przypadku braku wskazywania w toku wizyt ryzyka zakażenia HIV, HBs, odstępowano po uzgodnieniu z nimi od wykonywania testów w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 576-582)

b) w dokumentacji medycznej tych pacjentek brak było dowodów potwierdzających wykonanie u 23 z nich 29 badań morfologii krwi, a u 30 z nich 46 badań ogólnych moczu.

(dowód: akta kontroli str. 196-562)

Z wyjaśnień złożonych przez specjalistę położnictwa i ginekologii (lekarza prowadzącego ww. dokumentację medyczną) wynikało, że w przypadku pacjentek z prawidłowymi poprzednimi wynikami, przy braku dolegliwości klinicznych oraz stosowaniu profilaktycznym preparatów krwiotwórczych oraz zapobiegających infekcji układu moczowego, odstępowano od comiesięcznej kontroli morfologii i badania moczu.

(dowód: akta kontroli str. 576-582)

2.2. Fotel do badań ginekologicznych, jak również kozetka lekarska, znajdujące się w części diagnostyczno-zabiegowej pomieszczenia, w którym udzielano świadczeń ginekologiczno-położniczych były niewidoczne przy otwarciu drzwi wejściowych do tego pomieszczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 123-127)

Pacjentki miały możliwość zapoznania się z prawami pacjenta, które wywieszono na tablicy ogłoszeń przed wejściem do Poradni.

(dowód: akta kontroli str. 123-127)

2.3. Centrum umożliwiało pacjentkom wgląd do dokumentacji medycznej oraz ewentualne wykonanie jej kopii²⁶. W latach 2016-2017 (do czasu kontroli) nie odnotowano, jak podała Joanna Sobkowicz-Migas, przypadków kserowania dokumentacji medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 173-175)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Centrum w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentek w okresie ciąży lekarz specjalista nie udokumentował wykonania (zlecenia) 1.532 świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia oraz 407 badań i konsultacji medycznych, zalecanych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

(Dowód: akta kontroli str. 196-562)

Brak udokumentowania wykonania świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w okresie ciąży był niezgodny z postanowieniami § 41 ust. 4 pkt 4, 6 i 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, który stanowi, że historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera

²⁶ Oplaty za wykonanie kopii dokumentacji wynosiły wg cennika: do kwietnia 2017 r. 0,80 zł za stronę kserokopii, natomiast od maja 2017 r. 0,30 zł za stronę.

m. in. informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

NIK wskazuje, że zgodnie z dyspozycją § 2 ust. 4 pkt 3 i ust. 5 ww. rozporządzenia, karta przebiegu ciąży, jako dokumentacja medyczna zewnętrzna powinna być dołączona (w kopii lub odpisie) do dokumentacji medycznej wewnętrznej Poradni.

2. Niewykonanie 23 pacjentkom w ciąży, spośród 50 losowo wybranych 29 badań morfologii krwi oraz 30 pacjentkom w ciąży 46 badań ogólnych moczu, było niezgodne z zaleceniami wynikającymi z załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

(Dowód: akta kontroli str. 196-562)

Zdaniem NIK, ze względu na fakt, że standardy opieki zdrowotnej mają na celu zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej), uzasadnienie odstąpienia przez lekarza od realizacji zalecanych badań powinno znaleźć swój wyraz w dokumentacji medycznej.

**Ocena
częstkowa**

Analiza dokumentacji medycznej Poradni wskazuje na to, że zalecanych w standardach opieki okołoporodowej badań dotyczących morfologii krwi oraz moczu nie wykonano odpowiednio: 23 i 30 pacjentkom w ciąży, spośród 50 losowo wybranych, które w latach 2016-2017 korzystały z usług Poradni. Dokumentacja medyczna tych pacjentek nie zawierała natomiast żadnego uzasadnienia odstąpienia przez lekarza od realizacji tych badań. W wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentek w okresie ciąży nie dopełniono ponadto obowiązku udokumentowania wykonania 1.532 świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia oraz 407 badań i konsultacji medycznych.

3. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych.

**Opis stanu
faktycznego**

Na podstawie dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentek, które w latach 2016-2017 (do 30 września) z innego niż ciąża powodu korzystały z usług Poradni stwierdzono, że pacjentkom tym podczas każdej wizyty wykonano badanie gruczołów sutkowych oraz wymagane badanie cytologiczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy (HPV).

W dokumentacji medycznej tych pacjentek brak było dowodów potwierdzających przeprowadzenie przez lekarza wywiadów dotyczących ryzyka wystąpienia raka piersi i raka szyjki macicy²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 563-575)

Z wyjaśnień lekarza (wykonującego te świadczenia i prowadzącego dokumentację medyczną) wynikało, że oceny stanu ryzyka raka piersi i raka szyjki macicy dokonywano w czasie zbierania wywiadu podczas wizyty.

(Dowód: akta kontroli str. 576-582)

**Ustalone
nieprawidłowości**

W działalności Centrum w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

²⁷ Odpowiednio 50 i 46 tego rodzaju wywiadów.

W wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentek, które w latach 2016-2017 (do 30 września) z innego niż ciąża powodu korzystały z usług Poradni nie potwierdzono przeprowadzenia wywiadów, dotyczących ryzyka wystąpienia raka piersi i raka szyjki macicy.

Obowiązek w powyższym zakresie określony został w § 41 ust. 4 pkt 2 i 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, zgodnie z którym historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m. in. dane z wywiadu, w tym m.in. informacje o obciążeniach dziedzicznych.

Ocena częściowa

Wszystkim 50 losowo wybranym pacjentkom, których powodem wizyty w Poradni, w latach 2016-2017 (do 30 września) nie była ciąża, wykonano badania cytologiczne i gruczołów sutkowych z wymaganą częstotliwością. W wewnętrznej dokumentacji medycznej tych pacjentek brak było jednak dowodów potwierdzających przeprowadzenie przez lekarza wywiadów dotyczących ryzyka wystąpienia raka piersi i raka szyjki macicy.

IV. Uwagi i 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 Kontroli²⁸, wnosi o:

- 1) wykonywanie pacjentkom w ciąży zalecanych badań diagnostycznych lub wskazywanie w dokumentacji medycznej uzasadnionych przyczyn odstąpienia od ich realizacji,
- 2) odnotowywanie w dokumentacji medycznej faktu udzielenia pacjentkom świadczeń profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia oraz zlecenia wykonania badań i konsultacji medycznych, a także wyników wywiadów przeprowadzonych z pacjentkami w zakresie ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy i raka piersi.

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 Poznaniu.

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.

²⁸ Dz.U. z 2017 r., poz. 524 ze zm.

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.

Poznań, dnia 19 grudnia 2017 r.

Kontroler
Marek Rozwalka
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu
Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis