



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.002.05.2020

Sebastian Jankiewicz
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej
w Radziejowie
ul. Szpitalna 3
88-200 Radziejów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/063 Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie 88-200 Radziejów, ul. Szpitalna 3 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sebastian Jankiewicz, Dyrektor SPZOZ ² , od 1 grudnia 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Zbigniew Skonieczny, Dyrektor, od 28 lutego 2000 r. do 25 lipca 2019 r. W okresie od 26 lipca do czasu rozstrzygnięcia konkursu na Dyrektora, Zarząd Powiatu w Radziejowie upoważnił Macieja Małeckiego Zastępcę Dyrektora ds. medycznych SPZOZ do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych jednostki.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie. 2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie. 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli, tj. do 27 kwietnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Karol Sobieszczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/19/2020 z 16 stycznia 2020 r. (akta kontroli str. 1-2)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewniał w badanym okresie pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko prawidłową i wystarczającą opiekę. Opieka ta świadczona była na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym SPZOZ⁵, który posiadał odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i położnych o odpowiednich kwalifikacjach, oraz zabezpieczał obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Oddział wyposażony był w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, sprawny technicznie i posiadający aktualne przeglądy jego stanu.

¹ Dalej: „SPZOZ” lub „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: „Oddział”.

Szpital organizując udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale, dopuścił jednak w badanych miesiącach do świadczenia w 92 przypadkach usług przez lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny. Taka organizacja udzielania świadczeń może budzić uzasadnione wątpliwości, co do zapewnienia odpowiedniej jakości usług świadczonych przez tych lekarzy i w konsekwencji bezpieczeństwa pacjentek.

Ponadto dopuścił do niegospodarnego wydatkowania kwoty 12,2 tys. zł poprzez to, iż przyjął i zaakceptował rozliczenia do faktur trzech lekarzy oraz wypłacił im wynagrodzenia podczas, gdy nie świadczyli oni usług zdrowotnych na Oddziale, ponieważ w tym czasie świadczyli je w Poradni Położniczo-Ginekologicznej⁶. Wynikało to zarówno z wadliwie zawartych umów jak i z braku nadzoru polegającego na nieegzekwowaniu obowiązku prowadzenia ewidencji faktycznego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale.

Szpital przekazywał także nierzetelne dane Kujawsko-Pomorskiemu Oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia⁷ dotyczące trybu przyjęcia pacjentów na hospitalizację na tym Oddziale, jak również nie aktualizował na bieżąco wykazu sprzętu zgodnie z zawartą umową z Oddziałem NFZ.

Na Oddziale obowiązywały w badanym okresie m.in. trzy procedury lekarskie bezpośrednio związane z opieką okołoporodową w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie. Pomimo wprowadzenia procedur nie określono i nie wprowadzono w Szpitalu wskaźników opieki okołoporodowej, co wymagane było obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. Standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Niewprowadzenie tych wskaźników uniemożliwiało, według NIK, dokonanie oceny i poziomu jakości świadczonych usług, w tym satysfakcji kobiet nią objętych.

Szpital zapewniał pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej oraz informował je o możliwości uzyskania dalszej takiej pomocy. Personel medyczny Szpitala należycie przygotowany był do pracy z takimi pacjentkami, a w razie konieczności miał możliwość uzyskania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z opieką nad tymi pacjentkami.

Negatywnie ocenić należy postępowanie Szpitala ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu, dopuszczające do ich zniszczenia jako odpady medyczne.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym w prowadzonej, w formie papierowej dokumentacji medycznej, polegające m.in. na braku: określenia trybu przyjęcia do szpitala, podpisów lekarzy i daty wykonania zabiegu na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

⁶ Dalej: „Poradnia”.

⁷ Dalej: „Oddział NFZ”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie

Opis stanu faktycznego

1.1. Strukturę organizacyjną Oddziału⁹ (24-łóżkowego) tworzyły: (1) odcinek ginekologiczny, składający się m.in. z: siedmiu pokoi łóżkowych, gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, gabinetu usg, gabinetu lekarskiego, punktu pielęgniarskiego z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim i punktu przyjęć ginekologicznych oraz (2) odcinek położniczy, w którym znajdował się tzw. „Zespół Porodowy”. Odcinek położniczy składał się m.in. z: sześciu pokoi łóżkowych, izby przyjęć, śluzę pomiędzy izbą przyjęć a Traktem porodowym, sal porodów (w tym: sali porodów rodzinnych i sali porodów rozwiązywanych cięciem cesarskimi), a także gabinetu diagnostyczno-zabiegowego.

Do zadań Oddziału należało w szczególności przyjmowanie, diagnozowanie i leczenie pacjentek z chorobami ginekologicznymi oraz kobiet w połogu, porody z zagrożoną ciążą oraz wykonywanie zabiegów operacyjnych. Zadaniem Zespołu Porodowego było m.in.: przyjęcie kobiety zakwalifikowanej do porodu; badanie rodzącej; skierowanie na przygotowanie do porodu; opieka nad chorą w sali porodowej; kontrola czynności porodowych, czynności znakowania i wstępnego pielęgnowania noworodka. Badanie 60 dokumentacji medycznych wykazało, że pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowano w odcinku ginekologicznym Oddziału.

W badanym okresie kierowanie i koordynowanie działalnością Oddziału należało do zadań lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii - koordynatora Oddziału i określone zostało w jego umowie cywilnoprawnej¹⁰ tzw. „kontrakcie” zawartym ze Szpitalem.

(akta kontroli str. 17-82, 304 –312, 527-544, 564-565)

1.2. W latach 2017-2019 w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła: 488 w 2017 r., 541 w 2018 r. i 520 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba niepowodzeń położniczych wyniosła odpowiednio: 71, 57 i 72, co stanowiło 14,5%, 10,5% i 13,8% w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były zdarzenia samoistne¹¹. Pozostałe przypadki¹² dotyczyły obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Wśród noworodków żywo urodzonych wystąpił jeden przypadek (w 2019 r.) zgonu do szóstej doby życia.

(akta kontroli str. 93-95)

1.3. W Szpitalu, stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³, w latach 2017 – 2019 ustalono minimalne normy

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym SPZOZ od 1 stycznia 2018 r. (wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 82/2017 z 19 grudnia 2017 r.), a wcześniej Regulaminem Organizacyjnym SPZOZ z 24 maja 2016 r. (wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 19/2016 z 24 maja 2016 r.).

¹⁰ W aneksie nr 1 z 1 listopada 2015 r. do umowy nr 29/K/2015 z 25 sierpnia 2014 r.

¹¹ Zdarzenia samoistne kształtowały się na poziomie: 48 przypadków w 2017 r., 40 w 2018 r. oraz 43 w 2019 r.

¹² 23 w 2017 r., 17 w 2018 r i 28 w 2019 r.

¹³ Dz. U. z 2020 r. poz. 295., dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu na Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła 16 etatów. W dniu 20 stycznia 2020 r. Dyrektor ustalił ww. normę na nie mniejszą niż 16,8 etatu.

(akta kontroli str. 98)

Na Oddziale w badanych miesiącach¹⁴:

- a) na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów) udzielało świadczeń zdrowotnych¹⁵ pięciu lekarzy, wszyscy ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii, w tym dwóch z II stopniem specjalizacji;
- b) zatrudnionych było na umowę o pracę o pracę od 16 do 18 położnych:
 - w lipcu i październiku 2017 r. – 16 położnych (w tym jedna z licencjatem i trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego);
 - w lipcu 2018 – 18 położnych (w tym dwie z licencjatem i sześć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego);
 - w październiku 2018 r. - 16 położnych (w tym jedna z licencjatem i pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego);
 - lipcu 2019 r. i październiku 2019 r.– 18 położnych (w tym dwie z licencjatem i siedem ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego);
- c) świadczyło pracę na umowę zlecenia od dwóch do czterech położnych.

Z badania czasu pracy ww. osób wynikało, że Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁶, tzn. równoważnik dwóch etatów lekarzy we wszystkie dni tygodnia od poniedziałku do piątku, oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiednią liczbę położnych (0,7 etatu x 24 łóżka = 16,8 etatu), w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego.

(akta kontroli str. 99-105, 111-116, 119-137, 447-467, 547-548)

Badanie 60 dokumentacji medycznych wykazało, że zapewniono na Oddziale stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, a znieczuleń dokonywało trzech lekarzy anestezjologów - co potwierdził w swych wyjaśnieniach koordynator Oddziału.

(akta kontroli str. 502-505, 560-563, 567)

Analiza świadczenia usług zdrowotnych przez ww. lekarzy w miesiącach objętych badaniem wykazała, że wystąpiły liczne (92) przypadki świadczenia przez nich usług nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 119-125)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załączniki do umowy (i jej aneksów) zawartej z NFZ. W wykazie personelu medycznego na 2019 r. ujęty został jeden lekarz, który nie świadczył usług zdrowotnych na tym Oddziale

¹⁴ Jako próbę kontrolną wybrano po dwa miesiące (lipiec, październik) z lat 2017 – 2019.

¹⁵ Świadczeń dziennych, tj. świadczeń w godzinach od 7.00 do 15.00 - w dni robocze, oraz świadczeń zwykłych (dyżury zwykłe) w godzinach od 15.00 do 7.00 dnia następnego - w dni robocze i świadczeń świątecznych (dyżury świąteczne) w godzinach od 7.00 do 7.00 dnia następnego - w dni świąteczne.

¹⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

w badanych miesiącach¹⁷, jednak miał zawartą i aktualną w tym roku umowę ze Szpitalem.

(akta kontroli str. 578-598, 846-847, 849-850)

Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego stopnia referencyjności, tj. zapewnił m.in. na Oddziale: (1) odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (kolposkop, aparat KTG¹⁸ i kardiomonitor); (2) realizację badań - ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, dostęp do badań laboratoryjnych histopatologicznych¹⁹; (3) prowadzenie partogramów²⁰; (4) salę do cięć cesarskich.

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy jego stanu technicznego.

(akta kontroli str. 462-465, 527-544, 547-548, 550)

Oględziny Oddziału wykazały, że jego pomieszczenia spełniały wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²¹. M.in. pokoje łóżkowe na Oddziale, gabinety zabiegowe w odcinku ginekologicznym i położniczym, gabinet usg, punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym i sale porodowe, zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, łóżka dostępne były z trzech stron (w tym z dwóch dłuższych), odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a ich szerokość umożliwiały wprowadzenie łóżka z pokoju.

Trzy pomieszczenia²² wyposażone były w klimatyzację a sala porodowa²³ w wentylację wymuszoną. Instalacje te podawane były okresowym przeglądom technicznym: klimatyzatory - półrocznym²⁴ (przed i po sezonie), a wentylacja rocznym.

(akta kontroli str. 527-544, 549)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie, którą sprawuje Szpital, nie była przedmiotem kontroli prowadzonych przez inne organy. W badanym okresie nie wpłynęły także skargi do Szpitala i do Oddziału NFZ na Szpital w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 83, 552-555, 817, 820)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital przyjął rozliczenia do faktur, zatwierdził je i wypłacił na ich podstawie wynagrodzenia trzem lekarzom²⁵ w łącznej wysokości 12 176,05 zł za sześć badanych miesięcy (lipiec i październik: 2017 r., 2018 r. i 2019 r.), za tzw. świadczenia „dzienne” na Oddziale, które – jak wykazała kontrola NIK - nie zostały

¹⁷ Lipiec i październik.

¹⁸ Kardiokograf.

¹⁹ Poprzez umowę zawartą z podmiotem zewnętrznym.

²⁰ Partogram, inaczej karta obserwacji porodu – formularz dokumentacji medycznej, służący do zapisania najistotniejszych informacji dotyczących przebiegu porodu, stanu rodzącej, stanu płodu i postępu porodu.

²¹ Dz. U. poz. 595.

²² Dwa gabinety zabiegowe w Odcinku Ginekologicznym i Położniczym, oraz pokój oddziałowej.

²³ Dwustanowiskowa.

²⁴ Zgodnie z kartą gwarancyjną dwa razy w roku, w tym przed sezonem letnim i zimowym.

²⁵ 5 044,83 zł - lekarzowi, z którym Szpital zawarł umowę nr 29/K/2015; 6 346,80 zł – lekarzowi, z którym Szpital zawarł umowę nr 30/K/2015; 784,42 zł (za 4 miesiące: lipiec i październik 2018 r. i 2019 r.) – lekarzowi, z którym Szpital zawarł umowę nr 37/K/2015.

przez nich faktycznie udzielone, czym naruszył § 8 ust. 1 w związku z § 1 ust. 3, § 2 ust. 1 i § 4 ust. 1-2 umów zawartych 25 sierpnia 2014 r. z tymi lekarzami o numerach odpowiednio: 29/K/2015, 30/K/2015 i 37/K/2015, dopuszczając w konsekwencji do niegospodarnego wydatkowania ww. kwoty. W ww. przypadkach wypłacono wynagrodzenie za świadczenia przedstawione do rozliczenia jako udzielone na Oddziale, tj. za 5²⁶, 6²⁷, 7²⁸ lub 8²⁹ godzin dziennie w przedziale czasowym od 7.00 do 15.00, od poniedziałku do piątku, podczas gdy w tym samym czasie wymienieni lekarze udzielali świadczeń w Poradni Położniczo-Ginekologicznej. Dodatkowo w przypadku jednego lekarza³⁰ rozliczono i zapłacono za miesiące lipiec i październik 2018 r. i 2019 r. świadczenia dzienne za sześć godzin w każdym dniu roboczym podczas, gdy zgodnie z umową³¹ (§ 2 ust. 1) świadczenia te miały być udzielane w dni robocze od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7.00 do 15.00, przeciętnie pięć godzin dziennie w tym okresie.

I tak np. w sierpniu 2017 r. z tytułu umowy nr 29/K/2015 Szpital zaakceptował i opłacił fakturę lekarza wraz z rozliczeniem (potwierdzonym przez Starszego inspektora ds. pracowniczych i przez Zastępcę dyrektora ds. medycznych), w którym lekarz wykazał m.in. realizację świadczeń zdrowotnych za lipiec 2017 r. w ilości 25 godzin - po pięć godzin w każdy poniedziałek miesiąca - na kwotę 1 625 zł (5 x 5 x 65 zł = 1 625 zł). Jednocześnie Szpital rozliczył świadczenia udzielone przez tego lekarza w tych samych dniach - 3, 10, 17, 24 i 31 lipca 2017 r. - w Poradni Położniczo-Ginekologicznej, z tytułu umowy 16/K/2012 na kwotę 4 089,32 zł w godzinach³² odpowiednio: od 8.02 do 13.17; od 7.33 do 12.27; od 7.45 do 14.18; od 7.39 do 14.37 i od 7.51 do 12.46. Przyjmując początek świadczenia usług na Oddziale w te dni od godz. 7.00 i kontynuację ich po powrocie z Poradni od godz. odpowiednio: 13.18, 12.28, 14.19, 14.38 i 12.47 do 15.00 kontrola wykazała, że do rozliczenia godzin świadczenia usług na Oddziale przyjęto odpowiednio: 2 godziny i 17 min., 1 godz. i 56 min., 3 godz. i 35 min., 4 godz., 1 godz. i 57 min., tj. razem 13 godz. i 45 min., co daje kwotę 893,75 zł (13,75x65 zł).

Powyższe wynikało m.in. z tego, że Szpital w umowach zawartych z tymi samymi lekarzami na świadczenie usług na Oddziale i w Poradni wyznaczył pokrywające się przedziały czasowe udzielania świadczeń i – wbrew wymaganiam wynikającym z § 2 ust. 3 umowy: nr 29/K/2015, 30/K/2015 – nie określił grafików określających dni i godziny udzielania przez nich świadczeń. Np. w umowie nr 29/K/2015 ustalono wykonywanie świadczeń „dziennych” na Oddziale w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00, przeciętnie 5 godzin dziennie w tym okresie, a w umowie nr 16/K/2012 wyznaczono udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni położniczo-ginekologicznej w Radziejowie przez tego samego lekarza w poniedziałek od 7.30 do 15.00, przeciętnie nie więcej niż 7,30 godzin tygodniowo³³.

Zgodnie z § 1 ust. 3 ww. umów, przyjmujący zamówienie (lekarz) zobowiązany był do wykonywania czynności objętych przedmiotem umowy w ilości zapisanej w § 2 ust. 1. Z tego tytułu – zgodnie z § 8 ust. 1 ww. umów – należało mu się

²⁶ Dotyczy umowy nr 29/K/2015.

²⁷ Dotyczy umowy nr 29/K/2015.

²⁸ Dotyczy umowy nr 30/K/2015.

²⁹ Dotyczy umowy nr 37/K/2015.

³⁰ Dotyczy umowy nr 29/K/2015.

³¹ Nr 29/K/2015.

³² Szpital prowadził ewidencję godziny i minuty rozpoczęcia udzielania świadczenia pacjentce w Poradni bez godziny i minuty jej zakończenia. W związku z tym przyjęto godzinę i minutę zakończenia udzielania świadczenia ostatniej pacjentki w danym dniu w ten sposób, że: wyliczono średni czas pobytu wszystkich pacjentek (czas przyjęcia przedostatniej pacjentki – czas przyjęcia pierwszej pacjentki/liczba przyjętych pacjentek - 1) i doliczono go do czasu przyjęcia ostatniej pacjentki. Ponadto przyjęto czas 1 minuty przejścia lekarza z Oddziału do Poradni i z Poradni do Oddziału.

³³ Zgodnie z aneksem nr 6 obowiązującym od 10 marca 2014 r.

wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej ilości udzielonych świadczeń na podstawie rachunku i sprawozdania, o którym mowa w § 4 ust. 1 ww. umów. Wynagrodzenie obliczane było, na podstawie tego sprawozdania, w oparciu o rozliczone godziny i stawki ustalonej w umowie. Na podstawie § 4 ust. 2 ww. umów Szpital zobowiązany był do sprawdzenia i zatwierdzenia ilości zrealizowanych świadczeń będących podstawą wystawienia rachunku przez lekarza.

(akta kontroli str. 117-124, 138-145, 157-164, 171-178, 180-183, 186-193, 195-198, 201-208, 210-213, 216-223, 225-228, 231-232, 234-237, 240-241, 243-246, 249-250, 252-255, 257-258, 260-264, 267-268, 270-273, 276-277, 279-283, 290-377, 392-417, 477-491, 494-526)

Zobowiązana, na podstawie § 4 ust. 2 tych umów, do sprawdzania tych rozliczeń starsza inspektor ds. pracowniczych wyjaśniła, że nie miała obowiązku i możliwości sprawdzenia rozliczeń pod względem przepracowanych godzin na Oddziale w związku z rozliczeniami zrealizowanych punktów i ilości usług w poradni (nie było obowiązku rozliczenia czasu pracy w poradni). Sprawdzała jedynie rozliczone godziny na podstawie wzoru załącznika do rozliczenia umowy.

(akta kontroli str. 475)

Zastępca Dyrektora ds. medycznych³⁴, zobowiązany do zatwierdzenia rozliczenia liczby udzielonych świadczeń wyjaśnił, że umowy kontraktowe były konsultowane przez dyrektora naczelnego, radcę prawnego i dział kadr. W umowach zawarte były godziny pracy, stąd nie było obowiązku ustalania grafiku godzin pracy. Każdego miesiąca wystawiane i przepracowane godziny były weryfikowane w dziale kadr. Jeśli kontrola ww. rachunków przebiegła pozytywnie to rachunki te trafiały do niego. A on weryfikował je pod względem realizacji zadań wynikających z umowy zawartej z NFZ, w Oddziale i poradni K. Według niego, z uwagi na fakt, że przedłożone przez lekarzy rachunki były zweryfikowane pozytywnie przez dział kadr, to nie miał on merytorycznych powodów do ich podważania. Nadmieniał, także iż złożone i podpisane przez lekarzy rachunki stanowiły rodzaj oświadczenia woli i co do zasady oraz w oparciu o obowiązujące przepisy prawa musiały odzwierciedlać rzeczywisty zakres zrealizowanych czynności w ramach zawartej umowy ze Szpitalem. A w przypadku, gdy powyższe było potwierdzone przez komórkę do tego powołaną, to nie było podstaw formalnych i prawnych do ich podważenia.

(akta kontroli str. 876-902, 911-912)

NIK wskazuje, że zgodnie z ww. umowami Zastępca Dyrektora, zobowiązany był do zatwierdzania rozliczeń w imieniu zamawiającego (Szpitala). Nie ulega wątpliwości, że zatwierdzanie to zobowiązywało go jednocześnie do nadzorowania osób sprawdzających to rozliczenie (koordynatora Oddziału i inspektora ds. pracowniczych). Uprawnienie to pozwalało mu także na kwestionowanie rachunków w przypadkach nierzetelnego ich sporządzania. Ponadto zatwierdzając rozliczenia za lipiec i październik 2019 r., kierował jednocześnie Szpitalem, co umożliwiało mu skorzystanie z wszelkich prawem określonych kompetencji Dyrektora, w tym umożliwiało pełną kontrolę realizacji i sposobu rozliczania ww. umów oraz ich zmiany, np. w zakresie godzin świadczenia usług na Oddziale i w Poradni.

Były Dyrektor nie wyjaśnił przyczyn zawarcia umów z lekarzami, w których godziny świadczenia usług na Oddziale i w Poradni się pokrywały. Nie wyjaśnił również przyczyn braku sporządzania grafików świadczenia usług. Wskazał jedynie, że istotą zapisów umownych był elastyczny czas wykonywania świadczeń zdrowotnych w związku z często zmieniającymi się przepisami prawa. Wprowadzenie zapisu

³⁴ Dalej: „Zastępca Dyrektora”.

„przeciętnie 5 godzin dziennie” umożliwiało wykonywanie świadczeń dziennych w różnym wymiarze czasowym pod warunkiem realizacji godzin w ilości nieprzekraczającej w rozliczeniu miesięcznym. Zapłaty za zrealizowane świadczenia na Oddziale i w Poradni, według jego oceny, były prawidłowe. Jako przykład podał rozliczenie z załącznika do faktury nr 31/2017 z dnia 1 sierpnia 2017 r. (lekarza³⁵) w którym suma godzin do rozliczenia za lipiec 2017 wynosiła 105 (21 dni roboczych x 5 godzin dziennie), co wskazuje, iż w całości rozliczenie to było właściwe. Jego zdaniem niewłaściwe sporządzenie tego zestawienia z rzeczywistością polegało na tym, że we wszystkie dni robocze zapisano 5 godzin, podczas gdy winna być zapisana adekwatna ilość godzin do świadczeń z uwzględnieniem Poradni, w której w badanym miesiącu lekarz³⁶ udzielał porad w poniedziałki. Oczywistym jest, że udzielając porad w Poradni lekarz nie wykonywał świadczeń na Oddziale. Takie uproszczone równe wpisywanie po 5 godzin wynikało prawdopodobnie z ułatwienia sobie rozliczenia bez skrupulatnego zapisu zgodnego z rzeczywistością, bowiem lekarz w inne dni wykonywał świadczenia w wymiarze innym niż 5 godzin.

(akta kontroli str. 864-865, 871-875)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że przeprowadzona analiza ww. rozliczeń trzech lekarzy dotyczących godzin udzielania świadczeń dziennych na Oddziale – w porównaniu z zestawieniami godzin świadczenia usług przez tych lekarzy w Poradni – jednoznacznie wskazuje na ich pokrywanie się w badanych dniach. Choć analizy tej nie potwierdzili (w przesłuchaniu) ww. lekarze, to jednak nie byli w stanie wskazać faktycznego przedziału czasowego świadczenia usług na Oddziale, i nie zaprzeczyli też występowania przypadków świadczenia usług w tych samych dniach na Oddziale i w Poradni.

Niezgodności te wystąpiły pomimo, że sumy rozliczonych godzin w miesiącach nie przekraczały umownych zapisów, co wskazuje że ww. wyjaśnienia byłego Dyrektora nie znajdują potwierdzenia w analizowanych dokumentach.

Zaznaczyć należy, że były Dyrektor, jako kierownik jednostki, zarządzający Szpitalem, zobowiązany był do reprezentowania go na zewnątrz i odpowiadał za realizację wszystkich obowiązków Szpitala w tym, m.in. za zawarcie umów z lekarzami i ich realizację zapewniającą właściwe świadczenie usług zdrowotnych oraz prawidłową gospodarkę finansową Szpitala.

Dyrektor wyjaśnił, że od marca 2020 r. wprowadzona została nowa lista obecności lekarza w pracy z ewidencją faktycznego czasu pracy, podpisem oraz faktycznym miejscem pracy. Wynagrodzenie będzie wypłacane na bazie listy obecności, miejsca pracy oraz faktycznej liczby godzin za jedną usługę medyczną. Powyższe, w jego opinii, pozwoli na uniknięcie wypłaty wynagrodzeń lekarskich pokrywających się z pracą na oddziale oraz w poradni specjalistycznej.

(akta kontroli str. 602-604)

2. Szpital organizując świadczenia udzielania usług przez lekarzy na Oddziale dopuścił w lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. i 2019 r. do świadczenia w 92 przypadkach usług przez lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny. W ww. wybranych miesiącach wszyscy lekarze tego Oddziału świadczyli usługi zdrowotne nieprzerwanie od 25 do 62 godzin. Najwięcej, 37 przypadków dotyczyło nieprzerwanego świadczenia usług przez 30 godzin.

(akta kontroli str. 119-125)

³⁵ Z którym Szpital zawarł umowę nr 29/K/2015.

³⁶ Tak jak w ww. przypisie.

Zastępca Dyrektora nie wyjaśnił przyczyn nieprzerwanego świadczenia usług przez lekarzy powyżej 24 godzin. Podał jedynie, że lekarze ci podpisali klauzulę „opt-out”³⁷ i zatrudnieni byli na umowach cywilno-prawnych, więc nie obowiązywały ich przepisy kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 876-878, 911-912 i 930-931)

NIK nie kwestionuje zgodności rozkładu czasu pracy z przepisami art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej, jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić uzasadnione wątpliwości, co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

3. Szpital przekazywał do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ nierzetelne dane w raportach statystycznych na temat trybu przyjęcia pacjentów na hospitalizację na Oddział w badanych latach³⁸, ponieważ w 23 spośród 60 badanych przypadkach podał, że pacjenci zostali przyjęci „w trybie nagłym – inne przypadki” (podano kod S1-3) podczas, gdy w dokumentacji medycznej brak było określenia trybu przyjęcia do Szpitala i jednocześnie w 22 przypadkach znajdowało się w niej skierowanie do Szpitala, a w jednym - nie było skierowania, ani karty medycznej czynności ratunkowych.

W 20 przypadkach³⁹ powyższe działanie było niezgodne z załącznikiem nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁴⁰. W pozostałych trzech przypadkach⁴¹ stanowiło to naruszenie załącznika nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu przez świadczeniodawców, szczegółowego niezbędnych informacji przetwarzanych sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁴². Według ww. przepisów pacjentów przyjętych do Szpitala „ze skierowaniem” należało wykazywać z kodem 6, a „w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego” - z kodem 2.

(akta kontroli str. 560-563, 568-571, 722-733)

Zarówno Kierownik Działu Organizacji, Statystyki i Marketingu Szpitala, jaki Dyrektor oraz Zastępca Dyrektora nie wyjaśnili przyczyn podawania do Oddziału NFZ trybu nagłego przyjęcia pacjentki posiadającej skierowanie. Nie wskazali także, kto i dlaczego określił ww. tryb przyjęcia podczas, gdy nie zawierała tego dokumentacja medyczna.

Ww. Kierownik i Dyrektor podali, że decyzję o trybie przyjęcia podejmuje lekarz przyjmujący pacjentkę na Oddział na podstawie wywiadu, badań fizykalnych oraz wstępnej diagnozy i określenia jednostki chorobowej. Wskazali, również na brak trybu przyjęcia w skierowaniu do szpitala wydanym przez lekarza.

³⁷ Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie (tzw. klauzula opt-out), zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

³⁸ 2017- 2019.

³⁹ O nr księgi głównej: 7437/2017, 6994/2017, 5226/2017, 925/2018, 1409/2018, 4171/2018, 4184/2018, 1581/2017, 2634/2017, 7284/2017, 2516/2019, 1625/2019, 2161/2018, 3748/2017, 5152/2018, 5334/2019, 2605/2017, 2824/2017, 2925/2017, 262/2017 i 7322/2018.

⁴⁰ Tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 192 ze zm., obowiązujące do 30 czerwca 2019 r.

⁴¹ O nr księgi głównej: 5953/2019, 5517/2019 i 5334/2019.

⁴² Dz. U. poz. 1207 ze zm.

Natomiast Zastępca Dyrektora podał jedynie, że obecność skierowania nie wyklucza przyjęcia pacjentki w trybie nagłym.

(akta kontroli str. 731, 864-865, 871-875)

Zdaniem NIK, przyjęcie do szpitala w trybie nagłym możliwe jest również w przypadku wystawienia skierowania. Jednakże w takim przypadku lekarz przyjmujący pacjentkę winien w dokumentacji wskazać taki tryb, co w ww. przypadkach nie miało miejsca.

4. Szpital nie dokonał aktualizacji danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy nr 02-00-00731-17-22/17-21.W0002/PSZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawartej 29 września 2017 r. z Oddziałem NFZ, w odniesieniu do użytkowanego na Oddziale sprzętu, tj. nie zgłosił, że Oddział nie dysponuje kardiomonitorem z 1998 r. o nr EMG98 wykazany w wykazie sprzętu stanowiącym załącznik nr 2⁴³ do aneksu nr 34⁴⁴ do ww. umowy. Brak ww. sprzętu na Oddziale potwierdziły oględziny przeprowadzone przez kontrolera NIK 28 lutego 2020 r. Stanowiło to naruszenie § 2 ust. 9 ww. umowy, który zobowiązywał świadczeniodawcę do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

(akta kontroli str. 527544, 550, 577-594, 830-844, 846-847, 849-850)

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że powyższe wynikało z rozbieżności w zaksięgowaniu sprzętu między Oddziałem, księgowością a NFZ, spowodowanej niezbyt dobrym przepływem informacji.

(akta kontroli str. 846-847, 849-850)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był właściwie przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, zgodnie z wymogami dla pierwszego poziomu referencyjnego oraz umową zawartą z Oddziałem NFZ.

Stosownie do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital zapewnił na Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje.

Jednakże Szpital organizując udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale, dopuścił w badanych miesiącach do świadczenia w 92 przypadkach usług przez lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny. Taka organizacja udzielania świadczeń może budzić uzasadnione wątpliwości, co do zapewnienia odpowiedniej jakości usług świadczonych przez tych lekarzy i w konsekwencji bezpieczeństwa pacjentek.

Ponadto dopuścił do niegospodarnego wydatkowania kwoty 12,2 tys. zł poprzez to, iż przyjął i akceptował rozliczenia do faktur oraz wypłacił wynagrodzenia trzem lekarzom, którzy nie świadczyli usług zdrowotnych na Oddziale, ponieważ w tym czasie świadczyli je w Poradni. Wynikało to zarówno z wadliwie zawartych umów jak i niewłaściwego nadzoru polegającego na nieegzekwowaniu prowadzenia ewidencji faktycznego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale.

⁴³ Harmonogram – zasoby.

⁴⁴ Zawarty 19 grudnia 2018 r. oraz kolejnych aneksach o nr: 38 z 21 lutego 2019, 52 z 27 maja 2019 r. 58(P6.2) z 21 sierpnia 2019 r.

Szpital przekazywał również nierzetelne dane NFZ dotyczące trybu przyjęcia pacjentów na hospitalizację i nie aktualizował na bieżąco wykazu sprzętu zgodnie z zawartą umową.

2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie

Opis stanu faktycznego

2.1. Szpital nie określił od 1 stycznia 2019 r. wskaźników opieki okołoporodowej, wymaganych wprowadzonym od tego czasu Standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej wprowadzonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴⁵ (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 16-82, 876-878, 911-912)

2.2. W Szpitalu, w badanym okresie obowiązywały 24 procedury pielęgniarskie i 14 procedur oraz osiem instrukcji lekarskich w tym m.in. trzy bezpośrednio związane z opieką okołoporodową w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie: (1) Postępowanie ze zmarłymi noworodkami, noworodkami martwo urodzonymi oraz martwymi płodami ludzkimi⁴⁶; (2) Łyżeczkowanie ścian kanału szyjki i jamy macicy⁴⁷; (3) Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem⁴⁸. W procedurach tych widniały podpisy lekarzy wskazujące na zapoznanie się z nimi oraz zobowiązanie do ich przestrzegania.

W procedurze z 2017 r. Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem określono m.in. sposoby postępowania dotyczące opieki nad pacjentami, których ciąży zakończyły się niepowodzeniem. Nie określono w niej jednak zasad kierowania takich pacjentek do sal jednoosobowych, bądź sal przeznaczonych wyłącznie dla nich.

(akta kontroli str. 605-670, 856, 858-861)

2.3. W badanym okresie Szpital nie organizował szkoleń zewnętrznych bezpośrednio dotyczących standardów opieki okołoporodowej, w tym dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie. W tym okresie położne uczestniczyły w 17 szkoleniach⁴⁹, kursach⁵⁰ i specjalizacjach⁵¹.

W latach 2017-2020 (do 16 stycznia) przeprowadzono w Szpitalu 37 szkoleń⁵² wewnętrznych dla Oddziału, w których uczestniczyło każdorazowo od 11 do 18 osób. Osiem z nich⁵³ związanych było bezpośrednio ze standardami opieki okołoporodowej, w tym dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

⁴⁵ Dz. U. poz. 1756, dalej: „rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.”

⁴⁶ Nr QP-L-005 z 31 lipca 2014 r.

⁴⁷ QP-L-015 z 31 lipca 2014 r.

⁴⁸ QP-L-030 z 16 lutego 2017 r.

⁴⁹ Np. w szkoleniach: Leczenie ran dla położnych – uczestniczyła jedna położna; monitorowanie płodu – uczestniczyło 14 położnych, pozyskiwanie krwi pępowiny na potrzeby izolowania komórek macierzystych – uczestniczyły cztery położne.

⁵⁰ Kurs podstawy krwiolecznictwa – uczestniczyły dwie położne, kurs uzupełniający – uczestniczyło 13 położnych.

⁵¹ Pięć położnych uczestniczyło w Specjalizacji Położniczo-ginekologicznej.

⁵² 11 w 2017 r., 10 w 2018 r., 11 w 2019 r. i 5 – 16 stycznia 2020 r.

⁵³ M. in.: „poronienie- nowe standardy”, „poród – prowadzenie porodu, obowiązujące standardy”, ciąża zagrożona i zakończona niepowodzeniem”.

Ponadto na 2020 r. (w lutym) zaplanowano jedno szkolenie bezpośrednio związane z opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Dotyczyło ono ciąży zagrożonej i zakończonej niepowodzeniem oraz wsparcia psychologa.

(akta kontroli str. 599-601, 774)

Zastępca Dyrektora wyjaśnił m.in., że w szkoleniach wewnętrznych dla personelu pracującego z pacjentkami, które przeżyły poronienia samoistne lub urodziły martwe płody, zawsze uczestniczył psycholog. Omawiano na nich szereg istotnych aspektów psychologicznych dotyczących tych kobiet oraz przedstawiono wzór postępowania doraźnego i zalecenia dotyczące pomocy po wypisaniu z Oddziału.

(akta kontroli str. 876-878, 911-912)

Szpital w badanym okresie poniósł wydatki na szkolenia w wysokości 70,5 tys. zł w tym na szkolenia dla personelu Oddziału – 0,9 tys. zł (1,3%). Poniesione wydatki nie obejmowały szkoleń dotyczących bezpośrednio standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 774-775)

Ze złożonych wyjaśnień ośmiu położnych Oddziału wynikało m.in., że: (1) nie miały one trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych; (2) w większości⁵⁴ widziały potrzebę doskonalenia zawodowego w związku z pracą z takimi pacjentkami; (3) w większości⁵⁵ nie odczuwały potrzeby przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu; (4) nie potrzebowały pomocy psychologicznej i nie zgłaszały takiej potrzeby, jednocześnie podały, że gdyby o taką pomoc się zwróciły to by ją otrzymały.

(akta kontroli str. 738-745, 754, 756, 760, 762)

2.4. W procedurze nr QP-L-030 z 16 lutego 2017 r. Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem zawarto m.in. cztery sposoby postępowania z pacjentkami w przypadkach ciąży zakończonej niepowodzeniem: (1) okazywanie pacjentce zainteresowania jej problemami oraz wskazywany sposób ich rozwiązania; (2) zapoznanie pacjentki i jej rodziny z problemami okresu po niepomyślnym zakończeniu ciąży i przedstawienie sposobów ich rozwiązania; (3) przygotowanie pacjentki do samokontroli, samoobserwacji; (4) na życzenie pacjentki lub w przypadku zaobserwowanych trudności w wydolności opiekuńczej rodziny umożliwiony jest kontakt z psychologiem, osobą duchowną.

Badanie 60 dokumentacji medycznych wykazało, że w dwóch przypadkach udzielono pacjentkom porad psychologicznych. W przypadkach tych również dokonano wpisu o tym, iż zalecono dalszą opiekę w poradni psychologicznej, lub poinformowano pacjentkę o możliwości z korzystania pomocy psychologicznej. Ponadto w pozostałych 57 przypadkach w dokumentacji medycznej zawarty był wpis o treści „konsultacja psychologiczna na życzenie”. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że wpis o takiej treści oznaczał poinformowanie pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. Natomiast w jednym przypadku nie było żadnego wpisu dotyczącego udzielenia ww. porady.

Ww. procedura posiadała również dwa załączniki: (1) „Informacja dla pacjentek po poronieniu” z miejscem na datę i podpis pacjentki - nr Z-QP-L030-1; (2) „Ulotka dla rodziców” - nr Z-QP-L030-2.

(akta kontroli str. 564-565, 654-663)

⁵⁴ Pięć spośród ośmiu.

⁵⁵ Siedem spośród ośmiu.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Szpital nie określił i nie wprowadził od 1 stycznia 2019 r. do dnia kontroli (23 marca 2020 r.) wskaźników opieki okołoporodowej, wymaganych Standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej wprowadzonym rozporządzeniem w sprawie standardu z 2018 r. a tym samym nie zapewnił możliwości ich monitorowania.

Zgodnie z ust. 2 części I ww. Standardu – stanowiącym załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. – podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1⁵⁶ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z ust. 3 części I standardu – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zastępca Dyrektora nie wyjaśnił przyczyny niewprowadzenia od 1 stycznia 2019 r. ww. wskaźników. Podał jedynie, że na podstawie rozporządzenia przyjętego 1 stycznia 2019 roku *rodzić po ludzku* każdy szpital sam wyznacza wskaźniki opieki okołoporodowej. W związku z tym personel medyczny oddziału: lekarze ginekolodzy, położne oraz personel oddziału noworodkowego w tym lekarze pediatrzy i pielęgniarki zapoznali się z treścią rozporządzenia. Będąc świadomym obowiązującego prawa, wszyscy świadczą usługi kobietom rodzącym i noworodkom na najwyższym poziomie wyznaczonym przez ww. rozporządzenie.

(akta kontroli str. 17-82, 502-505, 876-878, 911-912)

OCENA CZĄSTKOWA

Na Oddziale obowiązywało w badanym okresie 38 procedur medycznych w tym m.in. trzy procedury lekarskie bezpośrednio związane z opieką okołoporodową w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie. Jednakże nie określono i nie wprowadzono w Szpitalu wskaźników opieki okołoporodowej, co wymagane było obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. Standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Nie wprowadzenie tych wskaźników uniemożliwiło, według NIK, dokonanie oceny i poziomu jakości świadczonych usług, w tym satysfakcji kobiet nią objętych.

Szpital zapewniał pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej oraz informował je o możliwości uzyskania dalszej takiej pomocy.

Ponadto personel medyczny Szpitala należycie przygotowany był do pracy z takimi pacjentkami, a w razie konieczności miał możliwość uzyskania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z opieką nad tymi pacjentkami.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu
faktycznego

3.1. Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach Oddziału, które spełniały wszystkie wymogi, co szczegółowo opisane zostało w pkt. 1.3. wystąpienia.

⁵⁶ Tj.: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

3.2. Badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że:

- dokumentacje indywidualne wszystkich pacjentek były ponumerowane i zawierały: (1) oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, stosownie do wymagań § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej; (2) zgody na przyjęcia do Szpitala; (3) karty: indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, obserwacji, gorączkowe, zaleceń lekarskich (wymogi § 15 ust. 1 ww. rozporządzenia);

- w większości przypadków (poza jednym, szczegółowo przedstawionym w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) w dokumentacji pacjentki znajdował się wypis ze Szpitala i karta informacyjna z leczenia szpitalnego (wymóg § 20 i 24 ust. 1 ww. rozporządzenia);

- we wszystkich przypadkach pacjentek, którym przeprowadzono zabieg abrazji (31 spośród 60) znajdowały się karty przebiegu znieczuleń (stosownie do § 15 ust. 1 pkt 6 ww. rozporządzenia) i większość tych pacjentek (poza jedną, co szczegółowo przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) wyraziło zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu (§ 19 ust. 2 pkt 6d ww. rozporządzenia).

Objęta badaniem ww. dokumentacja pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 560-565)

3.3. W Szpitalu, w badanych latach pracowało dwóch psychologów w Poradni Psychologicznej we wszystkie dni tygodnia od poniedziałku do piątku po odpowiednio: 1,5; 8; 4; 4 i 1,5 godziny. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że w przypadku zlecenia konsultacji psychologicznych lub chęci z własnej woli udzielania porady psychologicznej psychologowie ci dostępni byli w Szpitalu według harmonogramu⁵⁷ pracy tej Poradni.

Dyrektor wyjaśnił ponadto, że kobietom kończącym hospitalizację w dni wolne od pracy, w przypadku oczekiwania porad psychologicznych wydaje się skierowanie do poradni psychologicznej, a w sytuacjach tego wymagających do dyspozycji jest posługa Kapelana Szpitalnego.

Badanie 60 dokumentacji medycznych wykazało, że w dwóch przypadkach udzielono pacjentkom porad psychologicznych, dokonując wpisu o tym, iż zalecono dalszą opiekę w poradni psychologicznej, lub poinformowano pacjentkę o możliwości skorzystania pomocy psychologicznej. W pozostałych 57 przypadkach w dokumentacji medycznej zawarty był wpis o treści: „konsultacja psychologiczna na życzenie”. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że wpis o takiej treści oznaczał poinformowanie pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. Natomiast w jednym przypadku brak było wpisu o możliwości udzielenia pomocy psychologicznej.

W badanej dokumentacji nie było przypadków odmowy udzielenia pomocy psychologicznej przez Szpital na żądanie pacjentki.

(akta kontroli str. 564-565, 804, 808, 811, 856-858)

3.4. Z badania 60 dokumentacji medycznych dotyczących niepowodzeń położniczych wynikało, że:

⁵⁷ W poniedziałek od 14.00 do 15.30; wtorek od 7.00 do 11.00 i od 14.00 do 18.00; środa od 14.30 do 18.30; czwartek od 15.00 do 19.00; piątek od 10.30 do 12.00.

- w 24 przypadkach wskazano, iż pacjentkę umieszczono w sali – izolatce⁵⁸;
- w 21 przypadkach nie oznaczono numeru sali, ale wskazano pomieszczenie na ginekologii; - natomiast w jednym przypadku nie wskazano sali na której przebywała pacjentka.

Badanie jednego wybranego miesiąca (listopada) 2019 r. wykazało, że spośród 153 pacjentek przebywających na Oddziale pięć z nich doświadczyło niepowodzeń położniczych, z tego cztery umieszczone były w izolatkach, a jedna pacjentka przebywała sama w tym czasie⁵⁹ w pomieszczeniu, w którym znajdowały się dwa łóżka.

(akta kontroli str. 564-565, 572-576)

3.5. W procedurze nr QP-L-030 z 16 lutego 2017 r. *Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem* nie zawarto zapisów dotyczących pożegnania ze zmarłym dzieckiem w przypadkach poronień, gdy matka nie wyraża woli zabrania szczątek/ciała dziecka. W Szpitalu na Oddziale nie było oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem.

Dyrektor i Koordynator Oddziału wyjaśnili, że nie ma takiego pomieszczenia, ponieważ pacjentki z niepowodzeniami umieszcza się w salach jednoosobowych zapewniających warunki intymności i poszanowania godności szczątków ludzkich.

(akta kontroli str. 527-544, 654-663, 804, 808, 811)

Odnośnie możliwości pożegnania się pacjentek ze zmarłym dzieckiem i możliwości udziału w pożegnaniu tym innych bliskich osób, Dyrektor i koordynator Oddziału wyjaśnili, że w przypadku dziecka z martwego płodu, bądź poronienia, w którym morfologicznie wykształcone jest już dziecko, matka i osoba bliska matki ma możliwość pożegnania się z dzieckiem przed wysłaniem go do badania sekcyjnego. Ponadto dodali, że na Oddziale odbywają się wizyty duszpasterskie kapelana, do którego można w każdej chwili, w razie potrzeby, zadzwonić. Numer dostępny jest na tablicy ogłoszeń. W Szpitalu jest też kaplica szpitalna dostępna całą dobę. Z wyjaśnień wynikało, iż Szpital nie nawiązał współpracy z organizacjami (społecznościami, grupami wsparcia), które przygotowują pamiątki po utraconym dziecku.

(akta kontroli str. 817, 820, 825)

3.6. W badanym okresie obowiązywały w Szpitalu dwie procedury, w których zawarto sposób i tryb postępowania dotyczącego organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym w wyniku poronienia, tj. (1) QP-L-005 z 31 lipca 2014 r. (obowiązującej do 15 lutego 2017 r.) - *Postępowanie ze zmarłymi noworodkami, noworodkami martwo urodzonymi oraz martwymi płodami ludzkimi*; (2) QP-L-030 z 16 lutego 2017 r. - *Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem*.

Ustalono w nich nieprawidłowy sposób i tryb postępowania dotyczący pochówku ww. dzieci, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Badanie 20 wybranych (losowo) dokumentacji medycznych wykazało, że:

- w 17 przypadkach pacjentki pozostawiły szczątki płodu/ciała dzieci w Szpitalu i nie wyraziły woli ich pochówku we własnym zakresie;

⁵⁸ Lewą ("L") – w ośmiu przypadkach; prawą ("P" lub "Pr.") – w 15 przypadkach; w jednym – „izolatka” (Szpital dysponował dwoma pokojami, każde z jednym łóżkiem).

⁵⁹ 30 listopada 2019 r.

- w 19 przypadkach (poza jednym martwym urodzeniem) wszystkie osoby otrzymały „Informacje dla pacjentek po poronieniu” (stanowiącą załącznik nr Z-QP-L030-1) i „Ulotkę dla rodziców” (stanowiącą załącznik nr Z-QP-L030-2).

Informacja dla pacjentek po poronieniu zawierała m.in. wzmiankę o przysługujących prawach dotyczących możliwości rejestracji urodzenia i pochówku zarodków i płodów, w tym możliwości osobistego pochówku.

Natomiast w ulotce dla rodziców zawarto szczegółowe informacje o możliwości pomocy od personelu medycznego w tym pomocy psychologa, pomocy poza szpitalem, oraz szczegółowego trybu (w tabelarycznym ujęciu) postępowania w sytuacji pogrzebu dziecka poronionego samoistnie i martwo urodzonego, w tym m.in. wymaganej dokumentacji, osób uprawnionych do organizacji pogrzebu, rejestracji martwego urodzenia, uprawnień socjalnych rodziców, etapów organizacji pogrzebu.

(akta kontroli str. 618-620, 654-663, 674-675, 711)

3.7. W badanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczących sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie. Skarg takich na Szpital nie odnotowano również w Oddziale Kujawsko-Pomorskiego NFZ.

(akta kontroli str. 552-555, 817, 820, 826)

3.8. Z informacji przekazanych przez dziewięć pacjentek w wyniku badania ankietowego⁶⁰ wynikało, m.in., że (1) wszystkie miały możliwość podjęcia decyzji dotyczących leczenia poprzez podpisanie/lub nie zgody na wszystkie zabiegi; (2) pięć nie miało możliwości skorzystania z pomocy psychologa, a cztery miały taką możliwość; (3) osiem było traktowanych przez personel medyczny Szpitala życzliwie, a jedna – nie; (4) jedna miała możliwość pożegnania zmarłego dziecka w obecności bliskich, pięć nie wyrażało woli pożegnania zmarłego dziecka, a dwie nie wiedziały o takiej możliwości; (5) pięć oceniło opiekę w Szpitalu bardzo dobrze, dwie – dobrze, jedna – wystarczająco i jedna niewystarczająco.

Jedna pacjentka oceniła „skandalicznie” opiekę pielęgniarską, jedna napisała, że położono ją na sali z innymi kobietami oczekującymi na poród, a jedna, że nie była objęta pomocą psychologa i sama miała zapakować „szczątki dziecka po poronieniu”.

(akta kontroli str. 776-802, 805)

Dyrektor i Koordynator Oddziału nie odnieśli się do ww. wyników. Stwierdzili m.in. jedynie, że każda pacjentka otrzymywała informację o możliwości opieki psychologicznej, a w przypadkach niezadowolonych, być może wynikało to z faktu ogromnego stresu i poczucia niesprawiedliwości, które je spotkały.

(akta kontroli str. 804-805, 808-811)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zapewnił prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych⁶¹, w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu.

⁶⁰ Na 20 ankiet przekazanych listownie odpowiedziało pięć pacjentek. Trzy pacjentki zgodziły się i wypełniły ankiety przebywając na Oddziale.

⁶¹ Dotyczy ciąży zakończonej niepowodzeniem zarówno przed, jak i po upływie 22 tygodnia ciąży. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. nr 153, poz. 1783 ze zm.), dalej: „rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami”, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

Do 16 lutego 2017 r. w Szpitalu obowiązywała procedura QP-L-005 z 31 lipca 2014 r. Postępowanie ze zmarłymi noworodkami, noworodkami martwo urodzonymi oraz martwymi płodami ludzkimi, która w pkt. II.5 przewidywała, że „w przypadku pozostawienia martwego płodu w szpitalu obowiązuje procedura postępowania z odpadami medycznymi”. Tak określony sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych był niezgodny z § 7 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami, który stanowi, że zwłoki dzieci martwo urodzonych są chowane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych⁶²; na wniosek osób uprawnionych zwłoki te mogą być spopielone przez zakłady opieki zdrowotnej dysponujące odpowiednimi urządzeniami do tego celu.

Z kolei od 17 lutego 2017 r., pomimo wprowadzenia procedury QP-L-030 *Prowadzenie opieki w przypadku ciąży zakończonej niepowodzeniem*, która przewidywała, że „Do 25 tygodnia ciąży zwyczajowo pacjentka może wyrazić wolę, co do postępowania odnośnie pochówku dziecka – indywidualny we własnym zakresie, lub pochówek zbiorowy organizowany przez Pracownię Patomorfologiczną, do której przekazywane są szczątki do badania histopatologicznego (...), albo zobowiązuje się do odebrania zwłok martwego dziecka z Pracowni Patomorfologii i dokonania pochówku we własnym zakresie”, Szpital nie zapewnił w umowie z ww. Pracownią zapisów gwarantujących sposób postępowania zgodny z ww. procedurą. Na skutek powyższego w badanym okresie, w 17 spośród 20 badanych przypadków, zwłoki dzieci martwo urodzonych zostały jako odpad medyczny zniszczone zgodnie z procedurą obowiązującą w ww. Pracowni Patomorfologii⁶³.

(akta kontroli str. 618-620, 654-663, 671-696)

Dyrektor i Koordynator Oddziału wyjaśnili, że zapis w ww. procedurze z 2014 r. o postępowaniu z martwymi płodami pozostawionymi w szpitalu tak jak z odpadami medycznymi wynikał z pomyłkowego użycia tego sformułowania. Podali, że jeżeli pacjentka pozostawiała takowe szczątki ludzkie po poronieniu, to w całości były one przekazywane do badań histopatologicznych i nie było przypadku powrotu tego materiału/szczątków ludzkich do Szpitala.

(akta kontroli str. 698-699, 702, 712)

Zastępca Dyrektora nie wyjaśnił przyczyny nie wprowadzenia w Szpitalu procedury postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i szczątkami ciał dzieci w wyniku poronienia, które zostały pozostawione przez pacjentki w Szpitalu. Podał jedynie m.in., że szczątki płodu lub ciała martwo urodzonych dzieci są wydawane rodzicom. Jeśli rodzice szczątków nie odbiorą i nie zorganizują pogrzebu obowiązek ten spada na gminę.

(akta kontroli str. 876-878, 911-912, 930-931)

2. Badanie 60 indywidualnych dokumentacji medycznych⁶⁴ prowadzonych w Szpitalu w formie papierowej wykazało, że:

a) we wszystkich przypadkach brak było określenia trybu przyjęcia do szpitala. Stanowiło to naruszenie § 16 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej

⁶² D. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.

⁶³ Według informacji przekazanych przez Pracownię Patomorfologii pismem z 24 marca 2020 r.

⁶⁴ O nr księgi głównej: 5953/2019, 7437/2017, 7303_1/2017, 6994/2017, 6461/2017, 6522/2017, 6076/2017, 5226/2017, 5703/2017, 147/2018, 856/2018, 907/2018, 745/2018, 925/2018, 1409/2018, 2756/2018, 3822/2018, 6711/2018, 4066/2018, 4425/2018, 4171/2018, 4184/2018, 1581/2017, 2634/2017, 7284/2017, 2516/2019, 1081/2019, 1828/2019, 1625/2019, 2101/2019, 4059/2018, 2161/2018, 3748/2017, 5152/2018, 3290/2018, 5165/2018, 5517/2019, 2886/2019, 6965/2019, 6664/2019, 5334/2019, 1497/2019, 3464/2019, 2556/2017, 2498/2017, 2605/2017, 2335/2017, 2824/2017, 2925/2017, 3905/2017, 1541/2017, 262/2017, 2187/2019, 2758/2019, 3082/2019, 3556/2019, 4144/2019, 6591/2019, 6988/2019 i 7322/2018.

oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁵, który wymagał żeby historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawierała dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 ww. rozporządzenia oraz tryb przyjęcia.

Zastępca Dyrektora podał, że we wszystkich przypadkach w wersji papierowej rzeczywiście brak było określenia trybu przyjęcia pacjentek do szpitala. Natomiast w wersji elektronicznej, która jest prowadzona równolegle zaznaczony był tryb przyjęcia. Nieoznaczenie tego spowodowałoby niemożność rozliczenia procedur przez NFZ, a rozliczenie następuje na podstawie dokumentacji elektronicznej.

(akta kontroli str. 560-563, 925-926, 933, 935)

Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, dokumentacja medyczna, mogła być prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji w dwóch ww. formach, każda z nich powinna – zdaniem NIK – spełniać wymogi ww. rozporządzenia i nie zawierać rozbieżności.

b) w 59 przypadkach na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego brak było podpisu lekarza wypisującego, a w jednym⁶⁶ lekarza kierującego oddziałem albo lekarza przez niego upoważnionego. Było to niezgodne z § 24 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, który stanowił, że kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że rzeczywiście § 24 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej mówi, że karta informacyjna powinna być podpisana przez lekarza leczącego i kierownika oddziału. Nie mniej przepis ten odbiega od rzeczywistości szpitalnej, w której to niemożliwym jest, by kierownik oddziału podpisywał o każdej porze również w soboty, niedziele i święta i w czasie usprawiedliwionej nieobecności, tym samym, gdy kierownik jest sam podczas dyżuru wówczas na karcie informacyjnej nie ma podpisu lekarza leczącego. W ten sposób wiele kart informacyjnych podpisana jest przez samego kierownika a inne przez asystentów z upoważnienia kierownika. Natomiast nie ma dokumentów, które byłyby niepodpisane w ogóle.

(akta kontroli str. 560-563, 925-926, 933, 935)

c) w 25 przypadkach (92,6%) spośród 27 dotyczących dokumentacji pacjentek, u których dokonano zabiegu abrazyj, brak było daty wykonania tego zabiegu na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego. Stanowiło to naruszenie § 24 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, który wymagał żeby karta informacyjna z leczenia szpitalnego, poza danymi, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4 ww. rozporządzenia, zawierała opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania.

Zastępca Dyrektora nie wyjaśnił przyczyn braku ww. wpisów. Podał jedynie, że przeglądając dokumentację stwierdza obecność daty i godziny w karcie znieczulenia i premedykacji.

(akta kontroli str. 560-563, 925-926, 933, 935)

d) w jednym przypadku (1,7%) brak było karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Było to niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, który stanowił, że lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 16-21, albo w karcie noworodka.

⁶⁵ Dz. U. poz. 2069, dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”, obowiązujące do 14 kwietnia 2020 r.

⁶⁶ O nr księgi głównej 6591/2019.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że prawdopodobnie trzy egzemplarze karty informacyjnej były oddane pacjentce.

(akta kontroli str. 560-565, 925-926, 933, 935)

e) w jednym przypadku (1,7%) brak było zgody pacjentki na zabieg abrazji. Stanowiło to naruszenie § 19 ust. 2 pkt 6 lit. d rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, który wymagał żeby okołoperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta zawierała w szczególności potwierdzenie zgody na operację.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że pacjentka nie podpisała zgody lub dokument z podpisem zaginął, czego nie odnotowano.

(akta kontroli str. 560-565, 925-926, 933, 935)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital nie zapewnił prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu, dopuszczając jednocześnie do ich zniszczenia w taki sam sposób jak odpady medyczne.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym w prowadzonej w formie papierowej dokumentacji medycznej, polegające m.in. na nieokreślanu trybu przyjęcia do szpitala, braku podpisów lekarzy i daty wykonania zabiegu na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi 1. NIK nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Podjęcie działań mających na celu wyegzekwowanie nienależnie wypłaconych wynagrodzeń w kwocie łącznej 12 176,05 zł.
 2. Minimalizowanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na Oddziale przez okres przekraczający 24 godziny.
 3. Określanie przez lekarzy w dokumentacji medycznej trybu przyjęcia pacjentek do Szpitala.
 4. Przekazywanie rzetelnych i aktualnych danych do Oddziału NFZ.
 5. Opracowanie i wprowadzenie w Szpitalu wskaźników opieki okołoporodowej stosownie do Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.
 6. Zapewnienie prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu.
 7. Prawidłowe prowadzenie papierowej dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych z leczenia szpitalnego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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.

Bydgoszcz,maja 2020 r.

Kontroler
Karol Sobieszczyk
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
dr Tomasz Sobecki

.....
podpis

.....
podpis