



03856915

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.411.003.02.2015

R/15/002

UNK 63743/15

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(Wystąpienie pokontrolne z dnia 26 maja 2015 r. zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 10 lipca 2015 roku
KPK-KPO.443.124.2015 podjętej w sprawie zastrzeżeń)

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl



I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/15/002 – Opieka okołoporodowa w oddziale położniczym	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontroler	Maciej Brzosko – inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 93315 z dnia 16 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 40, 16-100 Sokółka (zwany dalej: „ZOZ” lub „Szpitalem”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Kułakowski – Dyrektor	(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Szpital spełniał wymagania dotyczące kwalifikacji i czasu pracy personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych, posiadał niezbędny sprzęt medyczny oraz zapewnił godne warunki do odbycia porodu¹.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości, polegające na nieudokumentowaniu realizacji niektórych czynności wymaganych rozporządzeniem 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 noworodkiem².

Uwagę zwraca też stosunkowo wysoki udział porodów, w trakcie których zastosowano ingerencje medyczne (ok. 76,4% ogółu porodów³), w tym odebranych w drodze cesarskiego cięcia (25,8% porodów). Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów⁴.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Porody w Szpitalu odbywały się na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym posiadającym I stopień referencyjności. W 2013 roku i 2014 roku na pododdział położniczy przyjęto odpowiednio 371 i 314 pacjentek, zaś na pododdział ginekologiczny kolejno 767 i 724 pacjentki. Liczba porodów oraz liczba noworodków w okresie objętym kontrolą była równa liczbie pacjentek przyjętych na pododdział położniczy. (dowód: akta kontroli str. 4-19)

W 2013 i 2014 roku odebrano odpowiednio 272 i 223 porody fizjologiczne, pięć i osiem porodów kleszczowych i próżniowych oraz 94 i 83 porody zakończone cięciem cesarskim (więcej na temat porodów rozwiązywanych w drodze cesarskiego cięcia napisano w pkt. 2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego). Dwie pacjentki w 2013 roku oraz pięć pacjentek

¹ W niniejszej kontroli Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna i negatywna. W przypadku gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej, ani dla negatywnej, stosuje się ocenę opisową.

² Dz. U. 2012, poz. 1100. Rozporządzenie zwane jest dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

³ Wyliczone szacunkowo, na podstawie liczby porodów odebranych w drodze cesarskiego cięcia oraz przy założeniu, że w całej populacji porodów fizjologicznych, wskaźnik porodów z zastosowaniem ingerencji medycznych innych niż cesarskie cięcie wynosi tyle samo co w próbie poddanej analizie NIK (wybranej losowo), tj. 70%.

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

w 2014 roku z powodu zagrożenia zdrowia przekazano do szpitala o wyższym poziomie referencyjności. (dowód: akta kontroli str. 9-19)

W okresie objętym kontrolą ZOZ był kontrolowany 38 razy, z czego dwie kontrole dotyczyły zagadnień związanych z opieką okołoporodową. Pierwsza z nich, przeprowadzona przez Podlaski Urząd Wojewódzki od 26 do 28 lutego 2013 r., dotyczyła oceny realizacji standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. W toku kontroli zbadano dokumentację medyczną 17 pacjentek leczonych ambulatoryjnie, pięciu pacjentek oddziału szpitalnego oraz trzech noworodków. W toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

Druga kontrola, przeprowadzona przez pracowników Ministerstwa Zdrowia 21 lutego i 28 marca 2014 r., obejmowała ocenę postępowania przedporodowego oraz w trakcie porodu dzieci urodzonych z wynikiem 4 i poniżej w skali Apgar oraz przypadków zgonów śródporodowych oraz kontrolę wskazań do rozwiązania porodu metodą cięcia cesarskiego oraz rozwiązania ciąży przy pomocy vacuum, kleszczy i pomocy ręcznej. W Szpitalu nie wystąpiły takie przypadki.

Ponadto, w latach 2013 i 2014 przeprowadzono w Oddziale odpowiednio po dwie kontrole wewnętrzne okresowe. Dwie kontrole (jedna przeprowadzona w 2013 roku, druga w 2014 roku) dotyczyły: przestrzegania praw pacjenta, bezpieczeństwa personelu, stanu sanitarno-epidemiologicznego i porządkowego, realizacji procedur aseptycznych, realizacji procedur higienicznych oraz obowiązującej dokumentacji i sposobu jej prowadzenia. W 2013 roku przeprowadzono również kontrolę procedur postępowania po ekspozycji, przechowywania sprzętu i materiału sterylnego, procedur postępowania z bielizną szpitalną, a w 2014 roku kontrolę procedur postępowania z odpadami i procedur mycia oraz dezynfekcji rąk. W toku tych czterech kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 26-27)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.1. Ocena zapewnienia właściwego stanu personelu medycznego

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał:

- równoważnik co najmniej dwóch etatów specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
- stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji,
- równoważnik co najmniej jednego etatu położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego,
- równoważnik co najmniej jednego etatu położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego.

Tym samym spełniono wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵, a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. o tej samej nazwie⁶, a także w zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁷ oraz w zarządzeniu Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. o tej samej nazwie⁸. (dowód: akta kontroli str. 32-35)

Personel medyczny udzielający świadczeń w Oddziale był wykazany w umowie zawartej 30 grudnia 2011 r. z POW-NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach m.in.: Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja oraz Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja – N01, N20, a także w późniejszych aneksach.

⁵ Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm.

⁶ Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm.

⁷ Zarządzenie to było zmieniane kolejnymi: 87/2011/DSOZ, 90/2011/DSOZ, 11/2012/DSOZ, 23/2012/DSOZ, 39/2012/DSOZ, 48/2012/DSOZ, 49/2012/DSOZ, 62/2012/DSOZ, 90/2012/DSOZ i 34/2013/DSOZ.

⁸ Zarządzenie to było zmieniane kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

W umowie wykazano pięciu lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii oraz siedem specjalistek położnych, dziewięć starszych położnych i jedną położną oddziałową.
(dowód: akta kontroli str. 284-307)

Zarządzeniem Dyrektora Nr 3/2014 z 26 lutego 2014 r. powołano zespół do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Aktualizacji minimalnych norm zatrudnienia dokonano 31 marca 2014 r., zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami⁹. Dla Oddziału minimalne normy ustalono na 16 położnych i jedną położną oddziałową. W okresie objętym kontrolą minimalne normy zatrudnienia położnych w Oddziale były przestrzegane.
(dowód: akta kontroli str. 28-31)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2. Ocena organizacji udzielania świadczeń i wyposażenia w wymaganą aparaturę medyczną

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w zarządzeniach w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w miejscu udzielania świadczeń, Szpital zapewniał: kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor, ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, prowadzenie partogramu, dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych. Na terenie ZOZ znajdował się blok operacyjny z wyodrębnioną salą operacyjną do cięć cesarskich, zlokalizowaną na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.

Ponadto Szpital w miejscu udzielania świadczeń dysponował dodatkowym sprzętem (wykazany w umowie z POW NFZ) takim jak aparat USG, dodatkowy kardiomonitor oraz dwa dodatkowe aparaty KTG. Sprzęt medyczny posiadał wymagane przeglądy techniczne.

Pododdział położniczy posiadał dwie sale jednołóżkowe z łazienką, jedną salę jednołóżkową bez łazienki, jedną salę dwułożkową oraz jedną salę trzyłożkową (w toku oględzin sala była zajęta przez dwie osoby). Sale urządzone w systemie „matka z dzieckiem” – pokoje wyposażono w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka. W okolicach sal łóżkowych znajdowały się łazienki z kabinami prysznicowymi oraz ubikacje.

Sposób urządzenia pomieszczeń Oddziału był zgodny z określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰. I tak m.in.:

- łóżka w salach dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- pokoje łóżkowe wyposażone były w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnikiem na zużyte ręczniki,
- w pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, pokoje posiadały zainstalowane urządzenia przeciwsłoneczne,
- podłogi, ściany oraz łączenia między podłogą a ścianą wykonane były z materiałów; ściany pomalowane zostały farbą, umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.

Na Oddziale usytuowano pokój dla noworodków obserwowanych, posiadający służbę umywalkowo-fartuchową oraz pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka (tzw. „pomieszczenie intensywnych zabiegów – fototerapia”).

W skład zespołu porodowego wchodziła jedna sala wieloosobowa trzystanowiskowa z miejscami na osobę towarzyszącą, w której łóżka porodowe oddzielone były od siebie

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 1545.

¹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

ściankami (do sufitu). Sale oddziału wyposażone były w sprzęty ułatwiające rodzącą aktywność, tj. drabinki, piłki, worek sako, materace.

Pacjentki miały możliwość odbycia porodu (oprócz łóżka porodowego) korzystając z wanny, specjalnego materaca oraz stołeczka porodowego.

W zespole porodowym była sala operacyjna przeznaczona do odbierania porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażona w stanowisko do resuscytacji noworodka (wejście personelu do zespołu odbywało się przez służbę umywalkowo-fartuchową wyposażoną w umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zamykany pojemnik na brudną bieliznę oraz miejsce na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych).

W zespole znajdowały się dwa pomieszczenia przystosowane dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej przez personel medyczny (sale jednołóżkowe).

(dowód: akta kontroli str. 39-43)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że trzyłóżkowa sala w pododdziale położniczym nie odpowiadała wymogom określonym w załączniku nr 1, cz. III, pkt 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl którego w systemie „matka z dzieckiem” pokoje powinny być przeznaczone maksymalnie dla dwóch matek i dwóch noworodków. W opracowanym przez Szpital, zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹¹ Programie dostosowawczym, termin dostosowania sal do ww. wymogów określono do dnia 31 grudnia 2016 r.

1.3. Realizacja umowy z NFZ

Opis stanu
faktycznego

Od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r. obowiązywały 34 aneksy do umowy z POW NFZ. Żaden z nich nie dotyczył zmian w sprzęcie medycznym wykorzystywanym na oddziale położniczym. Dziewięć aneksów dotyczyło zaś zmian w planie rzeczowo-finansowym w zakresach: Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja oraz Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja – N01, N20.

Zgodnie z warunkami pierwotnej umowy, kwota zobowiązania NFZ wobec Szpitala z tytułu realizacji umowy w 2012 roku wynosiła maksymalnie 18.130.840 zł. Umowa obowiązywała od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r., a jej rozwiązanie nastąpić mogło za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

(dowód: akta kontroli str. 44-51)

Przeprowadzona w trakcie kontroli analiza kosztów porodu fizjologicznego, uwzględniająca płace personelu medycznego, koszty zużytych materiałów, leków i wykonanych badań oraz średni czas pobytu pacjentki na Oddziale (trzy dni), wykazała, że koszt takiego porodu wynosi 2.299 zł. W przypadku cesarskiego cięcia, przy dodatkowych kosztach związanych z zużyciem leków do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego, kosztów zużycia leków i materiałów do wykonania cesarskiego cięcia oraz płac bezpośrednich do wykonania procedury na bloku operacyjnym, przy uwzględnieniu średniego czasu pobytu pacjentki na Oddziale wynoszącego pięć dni, koszt porodu zwiększył się do 3.758 zł. Był on zatem wyższy od ceny ustalonej przez NFZ (1.820 zł) o 479 zł (o 26,3%) w przypadku porodu fizjologicznego i o 1.938 zł (o 106,5%) w przypadku porodu odbieranego w drodze cesarskiego cięcia.

(dowód: akta kontroli str. 276-280)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że koszty Oddziału są monitorowane na bieżąco w podziale na koszty bezpośrednie, pośrednie oraz koszty procedur. Wszystkie koszty związane ze świadczeniami udzielonymi w Oddziale są księgowane do kosztów tego oddziału,

¹¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

co pozwala na ustalenie średniego kosztu leczenia pacjentki położniczo-ginekologicznej. Ponadto, Dyrektor wyjaśnił, że proces kontraktowania z NFZ z góry określa wyceny poszczególnych świadczeń poprzez określenie wagi punktowej wg systemu JGP oraz określenie ceny jednostkowej za 1 pkt rozliczeniowy. „Jako szpital publiczny jesteśmy zobowiązani do udzielania wszystkich świadczeń z danego zakresu przypisanych do odpowiedniego poziomu referencyjnego, co nie ma żadnego związku z opłacalnością realizacji świadczeń lub jej brakiem. Zmniejszająca się w ostatnich latach liczba porodów nie zwalnia nas z obowiązku utrzymania pełnej gotowości do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy z NFZ, co z kolei w sposób znaczący wpływa na pogorszenie wyniku finansowego działalności oddziału.” (dowód: akta kontroli str. 268-274)

W 2013 roku Szpital odnotował zysk w wysokości 1.798.812 zł, zaś w 2014 roku 61.295 zł straty. W 2013 i 2014 roku działalność Oddziału przyniosła stratę w wysokości odpowiednio 401.300 zł oraz 762.457 zł. (dowód: akta kontroli str. 52, 54-59, 256-257)

W zakresach: Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja i Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja – N01, N20 na 2013 rok liczbę jednostek rozliczeniowych określono odpowiednio na 22.867 i 12.983, zaś cenę jednostki rozliczeniowej na 52 zł. Tym samym wartość kontraktu w tych zakresach wyniosła kolejno 1.189.084 zł i 675.116, a wartość umowy po zmianach – odpowiednio 1.111.056 zł i 631.488 zł (takie kwoty Szpital otrzymał od POW NFZ).

W roku 2014 zakontraktowano usługi w ilości odpowiednio 20.580 i 11.533 punktów, przy cenie 52 zł za punkt, co dało kwotę kontraktu w wysokości odpowiednio 1.070.160 zł i 599.716 zł. Po zmianach wartość umowy wyniosła odpowiednio 954.281 zł i 567.840 zł. Szpital w zakresie Położnictwo i Ginekologia otrzymał środki o wartości 953.908 zł (zgodnie z fakturą wystawioną NFZ), zaś w zakresie Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja – N01, N20 – 567.840 zł. (dowód: akta kontroli str. 44-53)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował procedur medycznych przypisanych szpitalowi o wyższym poziomie referencyjnym. (dowód: akta kontroli str. 44-53)

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie Oddziału do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej

Opis stanu
faktycznego

2.1. Po wejściu w życie rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, w Szpitalu zorganizowano trzy zebrania i szkolenia pracowników Oddziału (13 listopada 2012 r., 29 stycznia i 11 czerwca 2013 r.), w których udział wzięło po czterech lekarzy i od 14 do 17 położnych. Tematem zebrań było zapoznanie pracowników z treścią ww. rozporządzenia, prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa w kontekście odpowiedzialności zawodowej i omówienie podstawowych aktów prawnych w zawodzie położnej oraz odpowiedzialność zawodowa personelu. (dowód: akta kontroli str. 60-62)

W celu zapewnienia jak najwyższej jakości usług położniczych, w Szpitalu i na Oddziale przyjęto do stosowania procedury postępowania takie jak np.:

- Oferta usług Oddziału,
- Zasady postępowania zmierzające do upowszechnienia, wspierania i ochrony karmienia piersią,
- Zasady postępowania wobec kobiet oczekujących dziecka,
- Zasady postępowania wobec kobiety rodzącej i jej dziecka,
- Zasady postępowania wobec kobiet po porodzie i ich dzieci.

Przyjęcie tych procedur związane było w uzyskaniem przez Szpital tytułu „Szpital Przyjazdy Dziecku”, nadawanego przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią.

(dowód: akta kontroli str. 275)

W Oddziale stosowano następujące wzory formularzy przy porodzie: karta położnicza, identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych, karta indywidualnej opieki

prowadzonej przez położną, karta obserwacji pielęgniarstwa, przyjęcie pacjentki ciężarnej do porodu, karta obserwacji porodu oraz karta szkoleń pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 63-93)

Badanie przestrzegania standardów opieki okołoporodowej przeprowadzone na próbie dokumentacji medycznej 50 pacjentek odbywających poród fizjologiczny w Szpitalu w latach 2013-2014 (10,1% porodów fizjologicznych) wykazało m.in. że wykonywano wymagane czynności:

- prowadzono kartę obserwacji porodu (partogram),
- badanie KTG wykonywano najmniej raz, najczęściej 17 razy (przeważnie KTG wykonywano 2-3 razy – raz przy przyjęciu na Oddział, następnie przy porodzie),
- w każdym z 50 przypadków bezpośrednio po porodzie noworodka kładziono na brzuch matki; kontakt „skóra do skóry” trwał co najmniej dwie godziny – w uzasadnionych medycznie przypadkach krócej, m.in. ze względu na stan noworodka,
- w każdym przypadku m.in. sprawdzano grupę krwi pacjentki, dokonywano oceny położenia płodu, czynności skurczowej macicy, analizy proporcji między płodem a miednicą matki, oceny stanu ogólnego rodzącej, oceny czynności serca płodu, oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego po porodzie, oceny obkurczenia mięśnia macicy.

W dokumentacji medycznej 40 pacjentek nie było zaś planu porodu (dotyczyło to pacjentek korzystających z innej poradni niż przyszpitalna). Posiadanie tego planu przewidziane jest w pkt. IV ust. 3 standardów opieki okołoporodowej.

Pacjentkom stosowano zalecane standardami opieki okołoporodowej nefarmakologiczne metody znieczulania bólu, w tym:

- imersje wodne i ćwiczenia relaksacyjne (skorzystało 17 pacjentek z grupy objętej kontrolą),
- czterem pacjentkom zastosowano ćwiczenia relaksacyjne,

Jednej pacjentce nie zastosowano żadnych środków uśmierzających ból, bowiem osoba ta przybyła do Szpitala w II okresie porodu.

Pozostałym pacjentkom, oprócz ćwiczeń i imersji wodnych podano również gaz rozweselający (Entonox). Nie stosowano zaś farmakologicznych środków znieczulających. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest wysoki koszt stosowania takich znieczuleń, które nie są refundowane i wiązałoby się to z koniecznością zorganizowania dodatkowego dyżuru anestezjologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 96-247, 268-274)

Kontrola kart medycznych 19 pacjentek, które w latach 2013-2014 odbyły poród w drodze cesarskiego cięcia (10,7% porodów zakończonych w ten sposób) wykazała, że we wszystkich przypadkach decyzja o wykonaniu cesarskiego cięcia zapadła już po przyjęciu pacjentki na Oddział. W dokumentacji medycznej tych pacjentek przedstawiono wskazania medyczne do wykonania tego zabiegu (nadciśnienie indukowane ciążą, stan po poprzednim cesarskim cięciu, stan przedrzucawkowy, przedłużający się I okres porodu – brak postępu porodu, makrosomia płodu, położenie miednicowe płodu).

(dowód: akta kontroli str. 315-322)

Na potrzeby kontroli rozesłano anonimowe ankiety do 50 kobiet, które w latach 2013-2014 urodziły dziecko w Szpitalu w drodze porodu fizjologicznego oraz do 20 pacjentek, w przypadku których poród zakończył się cesarskim cięciem. Ankiety wypełniło 13 kobiet po porodzie fizjologicznym oraz pięć po cesarskim cięciu. Większość pacjentek, które urodziły dziecko siłami natury, potwierdziła w nich przestrzeganie przez personel medyczny Oddziału standardów opieki okołoporodowej. Na przykład:

- 10 rodzących (77%) miało prawo wyboru miejsca porodu,
- 11 ankietowanych (85%) było informowanych o postępie porodu oraz respektowano ich prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem,

- 12 kobiet (92%) było traktowane z szacunkiem, a osoby sprawujące opiekę podczas porodu nawiązały z rodzącą dobry kontakt,
- wszystkim kobietom bezpośrednio po porodzie położono noworodka na brzuchu (w przypadku pięciu kobiet kontakt „skóra do skóry” trwał mniej niż dwie godziny),
- w dziewięciu z 13 przypadków (69%) w obecności matki dokonano badania stanu ogólnego dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia oraz oddechowego,
- wszystkie kobiety poinformowano o godzinie porodu i płci dziecka, otrzymały pomoc przy przystawieniu noworodka do piersi, instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią, przekazano im też informacje na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie po porodzie.

W przypadku porodu zakończonego cesarskim cięciem ankietowane pacjentki stwierdziły zaś, że:

- w żadnym przypadku poród w drodze cesarskiego cięcia nie odbył się na życzenie rodzącej,
- w jednym z pięciu przypadków (20%) decyzja o porodzie w drodze cesarskiego cięcia zapadła przed przybyciem do szpitala (ankietowana jako przyczynę wskazała „skok ciśnienia”), w trzech przypadkach po rozpoczęciu akcji porodowej, zaś w jednym przypadku poród w drodze cesarskiego cięcia spowodowany był zatruciem ciążowym.

Średnia ocen porodu fizjologicznego wyniosła 3,46, a odbieranego w drodze cesarskiego cięcia – 4,2 (zastosowano punktację od 1 do 5 pkt.). (dowód: akta kontroli str. 311-313)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęły trzy skargi dotyczące sposobu leczenia/zachowania personelu medycznego. Jedna z nich (z 16 stycznia 2014 r.) dotyczyła działań lekarza na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym SP ZOZ – sprawę przekazano do prokuratury. (dowód: akta kontroli str. 264-267)

2.2. Dziewięć z 18 ankietowanych pacjentek wskazało, że otrzymywały telefoniczne i elektroniczne oferty marketingowe, promujące produkty dla młodych matek i ich dzieci. Jedna z nich negatywnie oceniła otrzymywanie tych ofert wskazując, że co drugi dzień „zasypywano” skrzynkę pocztową ulotkami, co bardzo jej przeszkadzało. Otrzymywanie przez pacjentki ofert marketingowych było wynikiem porozumienia z 9 września 1996 r., na mocy którego Szpital przystąpił do programu informacyjnego dla młodych mam, zawartego z Present-Service S.A. w Poznaniu. ZOZ systematycznie otrzymywał bezpłatne zestawy informacyjne „Dzidziuś” (zawierały np. pieluchy jednorazowe typu pampers, butelkę wody), które były nieodpłatnie wręczane matkom po porodzie. Otrzymując zestaw matka wypełniała potwierdzenie odbioru, w którym wskazywała swoje dane personalne i kontaktowe (wypełnienie nie było obowiązkowe). Udział Szpitala w tym programie był bezpłatny, a Szpital nie uzyskiwał z tego tytułu korzyści finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 268-274, 311-313)

2.3. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez ZOZ osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określono Zarządzeniem Nr 5 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ustalenia wysokości opłat za świadczenia medyczne. Zarządzenie weszło w życie 1 maja 2011 r. i do zakończenia kontroli było zmieniane 11 razy.

W cenniku nie przewidziano ponoszenia dodatkowych opłat przez ubezpieczonych świadczeniobiorców z uwagi na np. wyższy standard świadczenia, użycie dodatkowej aparatury, znieczulenia bądź innych sytuacji mogących powodować dodatkowe koszty po stronie świadczeniobiorcy lub Szpitala.

Na mocy Zarządzenia Nr 12 Dyrektora SP ZOZ w Sokółce z dnia 26 czerwca 2012 r. zmieniającego zarządzenie Nr 5 Dyrektora SP ZOZ w Sokółce z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ustalenia wysokości opłat za świadczenia medyczne, do załącznika nr 6 – Inne usługi, dodano nową usługę „Szkoła Rodzenia – opłata za uczestnictwo w zajęciach szkoły

rodzenia w przypadku rezygnacji z porodu w SP ZOZ w Sokółce" w kwocie 400 zł (zajęcia w szkole rodzenia były bezpłatne dla pacjentek poradni przyszpitalnej).

Wygenerowane przez Oddział przychody w 2013 i 2014 roku w kwotach odpowiednio 260 zł oraz 1.976 zł dotyczyły wyłącznie płatności za udzielenie świadczeń medycznych na pododdziale ginekologicznym osobom nieubezpieczonym.

(dowód: akta kontroli str. 254-255)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na nieudokumentowaniu wykonania przez personel medyczny niektórych działań wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Analiza dokumentacji, dotyczących 50 porodów fizjologicznych z lat 2013 i 2014 wykazała, że brakowało w niej niżej wymienionych wpisów:

1. Wzmianki o wykonaniu lewatywy i goleniu owłosienia łonowego na życzenie rodzącej lub braku takiego życzenia (VIII ust. 2 pkt 2 lit. m ww. standardów). Ordynator nie wyjaśniła przyczyn niezamieszczania w dokumentacji tych informacji. Podała natomiast, że pacjentkom podaje się czopki doodbytnicze wspomagające wypróżnienie.
2. Wpisu o pozostawaniu w stałym kontakcie z rodzącą po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu (IX ust. 4 pkt. 4 ww. standardów). Ordynator wyjaśniła, że z rodzącą pozostaje się w stałym kontakcie po rozłożeniu kompletu narzędzi do porodu, ułożeniu pacjentki w wybranym przez nią miejscu i pozycji. Położna „ubrana” do porodu nie odchodzi od rodzącej. Dodała, że tego się nie dokumentuje, bo jest to oczywiste.
3. Wpisu o zaciśnięciu pępowiny po ustaniu tętnienia (X ust. 3 pkt. 3 ww. standardów). Ordynator wyjaśniła, że zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia jest standardem postępowania przy obsłudze porodu fizjologicznego i jest dokonywane za każdym razem, za wyjątkiem porodów, po których np. wymagana jest resuscytacja noworodka.
4. Wpisu o kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków (IX ust. 4 pkt. 9 ww. standardów). Z wyjaśnień ordynatora wynika, że sposób odginania się główki płodu podlega kontroli. Po odgięciu się główki płodu noworodek układa się w stronę jednego z ud matki, po czym samoczynnie na skutek siły skurczu pracującego wytaczają się barki. W fizjologicznym porodzie nie rotuje się noworodka.
5. Wpisu o kontroli szyjki macicy we wziernikach (XI ust. 2 pkt 3 standardów). Ordynator wyjaśniła, że nie ma możliwości oceny szyjki macicy po porodzie bez założenia wzierników. Szyjka macicy umiejscowiona jest w sklepieniach pochwy, które są niedostępne innemu badaniu niż we wziernikach. Przy każdym porodzie dokonuje się kontroli szyjki macicy. Nie wpisuje się informacji o kontroli we wziernikach z tego względu, że inaczej nie da się zbadać szyjki macicy i wystarczy zapis, że dokonano kontroli szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 96-247, 308-310)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Spośród 50 analizowanych porodów fizjologicznych, tylko 15 (tj. 30%) odbyło się bez dodatkowej ingerencji medycznej, tj. bez podania oxytocyny przed porodem bądź w I lub II okresie porodu, bez nacięcia krocza, użycia farmakologicznych sposobów łagodzenia bólów porodowych, czy też zastosowania amniotomii. Oksytocynę zastosowano w przypadku 18 pacjentek (co uzasadniono np. słabą czynnością skurczową macicy, odpłynięciem wód płodowych bez czynności skurczowej macicy lub przeterminowanym porodem). W 29 przypadkach dokonano nacięcia krocza (uzasadnieniem było np. zagrożenie pęknięcia krocza, owinięcie się pępowiny wokół szyi dziecka lub przedwczesny poród). Ponadto w latach 2013 i 2014 w drodze cesarskiego cięcia odebrano 177 porodów, tj. 25,8% ogółu. Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów,

nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów¹².
(dowód: akta kontroli str. 96-247, 323-324)

2. Wyniki badań ankietowych nie potwierdziły niektórych zapisów pojawiających się w dokumentacji medycznej rodzących. Na przykład:
 - siedem rodzących (64% ankietowanych) stwierdziło, że nie przedstawiono im pełnej informacji o farmakologicznych i niefarmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych,
 - siedem rodzących nie było zachęcanych do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - zaledwie sześciu z 11 rodzących (55%) zapewniono ciągłość opieki, w przypadku czterech (36%) dostosowano opiekę do indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji rodzącej, a trzem (27%) zapewniono możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
3. Dwie z ankietowanych (15%) potwierdziły zastosowanie tzw. chwyt Kristellera, który polega na uciskaniu brzucha pacjentki w celu przyspieszenia porodu (wypychanie na siłę dziecka z macicy) – stosowanie tej techniki w opinii położników (w tym konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii) może prowadzić do powikłań takich jak przedwczesne oddzielenie łożyska, uszkodzenia krocza, urazu mechanicznego dziecka¹³.
(dowód: akta kontroli str. 311-313)

Na pytanie dotyczące stosowania w Oddziale chwytu Kristellera, Dyrektor wyjaśnił: „Nie są mi znane te przypadki. Z tego co wiem, w Oddziale nie stosuje się chwytu Kristellera, który powszechnie uznawany jest za złą praktykę. Nie wiem skąd taka odpowiedź w ankietach. Dokumentacja medyczna pacjentek nie potwierdza takich przypadków. Możliwe, że osoba wypełniająca ankietę nie do końca wiedziała o czym pisze.”

Ponadto, na pytania dotyczące wyników ankiet w zakresie nieprzestrzegania niektórych standardów opieki okołoporodowej, Dyrektor wyjaśnił: „W mojej ocenie nie można uznać wyników ankiet za miarodajne, chociażby z uwagi na fakt, że ankietę wypełniło zaledwie 13 rodzących z około 500 porodów fizjologicznych w latach 2013-2014. Jest to zbyt mała liczba ankiet, by móc ocenić działalność Oddziału. Oczywiście nie wykluczam sytuacji, że personel mógł pominąć jakąś kwestię ze standardów – każdy poród jest inny, niejednokrotnie liczy się czas i trzeba po prostu działać, nie ma czasu na omówienie z pacjentką wszystkich rzeczy wymaganych przez standardy opieki okołoporodowej. Być może w przypadku tych kobiet kierowały się bardzo subiektywnymi odczuciami, powodowanymi stresem i bólem związanym z samym porodem, przez co błędnie oceniały działania personelu medycznego obecnego przy porodzie. Ponadto, należy wziąć pod uwagę, że poród jest niezwykle indywidualną sprawą i subiektywnie odczuwaną. Każda pacjentka to samo zachowanie, czy działanie personelu może w odmienny sposób odebrać. Do każdej pacjentki należy podejść indywidualnie – niektóre z nich są mniej lub bardziej świadome przebiegu porodu i samych standardów, w związku z czym nie każda pacjentka wymaga szczegółowego omówienia każdego punktu standardu. Mogę jedynie przyjąć do wiadomości wyniki tych ankiet i podjąć działania w celu ich poprawy, zwracając personelowi szczególną uwagę na konieczność przestrzegania standardów opieki okołoporodowej – choć w moim odczuciu standardy są przestrzegane.”
(dowód: akta kontroli str. 325-327)

Ocena częściowa

Szpital, jak wynika ze zbadanej przez NIK dokumentacji medycznej, przestrzegał standardów opieki okołoporodowej. Stosunkowo wysoki, gdyż wynoszący ok. 76,4%, był wskaźnik porodów, w trakcie których zastosowano interwencje medyczne, w tym cesarskie cięcia (25,8% porodów).

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

¹³ <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴, wnosi o:

1. Dostosowanie sal poporodowych do wymogów określonych w załączniku nr 1, cz. III, pkt 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stosownie do terminu określonego w Programie dostosowawczym.
2. Dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych przy porodzie fizjologicznym, wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
3. Rozważenie przyczyn wysokiego odsetka interwencji medycznych podczas porodów.

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 Białymstoku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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.

Białystok, dnia 5 sierpnia 2015 r.

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR

Agata Ciupa


.....
podpis

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami.