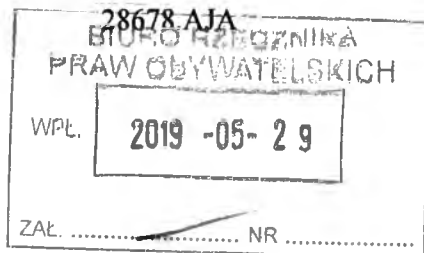


znak: DSOZ.401.1163.2019

Warszawa, dnia 24 maja 2019 r.



**Pan Adam Bodnar**  
**Rzecznik Praw Obywatelskich**  
**Al. Solidarności 77**  
**00-090 Warszawa**

W odpowiedzi na pismo znak V.7010.8.2019.ET dotyczące dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu położnictwa i ginekologii, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W ciągu ostatnich lat usunięte zostały z zarządzeń Prezesa NFZ niektóre przepisy, które mogły ograniczać zainteresowanie świadczeniodawców realizacją świadczeń w ośrodkach wiejskich. Pewnym ograniczeniem mógł być warunek udzielania świadczeń 3 razy w tygodniu po 4 godziny, co miało na celu zabezpieczenie ciągłej i regularnej opieki oraz tworzenie większych i lepiej wyposażonych poradni, realizujących diagnostykę na miejscu. Jednakże w zarządzeniu nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wprowadzono przepis, że w przypadku braku możliwości zabezpieczenia świadczeń, dyrektor OW może podjąć decyzję o odstąpieniu od tego wymogu. W roku 2016, warunek ten został całkowicie wycofany. NFZ nie ma jednak wpływu na liczbę lekarzy gotowych podpisywać umowy na realizację świadczeń w małych ośrodkach, jak również nie może wymagać wyposażenia gabinetu lekarskiego w sprzęt powyżej standardu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Odnosząc się do zarzutu „niedoszacowania świadczeń” należy wskazać, że zasada rozliczania świadczeń w oparciu o grupy świadczeń specjalistycznych dotyczy wszystkich świadczeniodawców, a nie wyłącznie lekarzy z obszarów wiejskich. Negocjowana jest jedynie cena punktu. Wycena punktowa świadczeń położniczo-ginekologicznych spójna jest z zakresem realizowanej diagnostyki, i podlega analogicznym zasadom jak w innych specjalnościach.

Odrębnie finansowane są procedury zabiegowe. Równocześnie informuję, że aktualnie Fundusz rozważa podwyższenie wyceny świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Podkreślić przy tym należy, że prowadzenie ciąży fizjologicznej w trybie ambulatoryjnym, podlega odrębnej wycenie, która wynosi 1223 punkty, przyjmując 1 zł za punkt. Świadczeniodawca otrzymuje dodatkowo środki finansowe na podwyżki i pochodne dla pielęgniarek i lekarzy, spełniających warunki określone w odrębnych przepisach. W przypadku wskazań do hospitalizacji świadczenia te finansowane są odrębnie.

Odnosząc się do pytania dotyczącego „przestrzegania standardów okołoporodowych przez poradnie ginekologiczno-położnicze” należy wskazać, że za sposób postępowania medycznego każdorazowo odpowiada lekarz prowadzący. Jest on jednakże zobowiązany do przestrzegania obowiązujących przepisów, w tym standardów postępowania medycznego. Do 31.12.2018 r. standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej określał jedynie „zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania”. Wycena opieki ambulatoryjnej nad kobietą w ciąży uwzględnia wszystkie wskazane procedury, natomiast przywołany schemat nie dawał Funduszowi podstawy do ukarania świadczeniodawcy za niewykonanie pełnego zakresu badań. Dopiero nowy standard, przyjęty rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756), mający zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia br., nie zawiera sformułowania „zalecane”.

Przeprowadzanie edukacji w zakresie przygotowania do porodu, położu i karmienia piersią pozostaje w kompetencjach położnej POZ. Wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną POZ, począwszy od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- jeden raz w tygodniu w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, o 3 wizyty więcej,
- dwa razy w tygodniu w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, o 3 wizyty więcej.

Od 1 stycznia 2017 r. w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowane odrębnie (poza stawką kapitacyjną) jest prowadzenie ciąży przez położną POZ. W roku 2018

rozliczono prowadzenie ciąży przez położne POZ u ok. 500 kobiet. Położna może także prowadzić ciążę w ramach KOC - Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży. Wybór osoby prowadzącej ciążę (lekarz czy położna) należy do kobiety ciężarnej. W roku 2018 w ramach KOC rozliczono jeden przypadek prowadzenia ciąży przez położną.

Odnosząc się do kwestii zabezpieczenia dostępu pacjentek do świadczeń w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy należy wskazać, iż w każdej poradni ginekologiczno-położniczej udzielającej świadczeń w ramach ubezpieczenia w NFZ możliwe jest wykonanie przesiewowego badania cytologicznego. Ponadto badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy mogą wykonywać także położne POZ, które przystąpią do realizacji przedmiotowych świadczeń.

Odnosząc się do kwestii przeprowadzanych kontroli przez NFZ w latach 2016-2018 dotyczące omawianego zakresu świadczeń, informuję, że w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 czerwca 2018 r. oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w przedmiotowym zakresie 76 kontroli. Przy wyborze podmiotów do kontroli nie stosowano kryterium obszaru wiejskiego. Stwierdzono m.in. następujące nieprawidłowości:

1. Brak dokumentowania w historii zdrowia i choroby wykonania wszystkich świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przewidzianych w „Standardach postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012, Poz. 1100). Poddane kontroli historii zdrowia i choroby nie potwierdziły kompleksowości udzielania świadczeń polegającej na spełnieniu wszystkich warunków określonych w ww. standardach i tym samym zasadności rozliczenia świadczeń.
2. Wykazanie przy sprawozdawaniu zrealizowanych świadczeń - nieudokumentowanych procedur medycznych ICD-9 lub błędnych procedur medycznych ICD-9 - tj. innych niż w rzeczywistości wykonano. Brak wykonywania kobietom ciężarnym wszystkich zalecanych badań lekarskich i diagnostycznych określonych dla danego tygodnia ciąży.
3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności, sprawozdanie i rozliczenie świadczeń,

nieodpowiadających udzielonym usługom zdrowotnym, sprawozdanie świadczenia, którego udzielenia nie potwierdza dokumentacja medyczna.

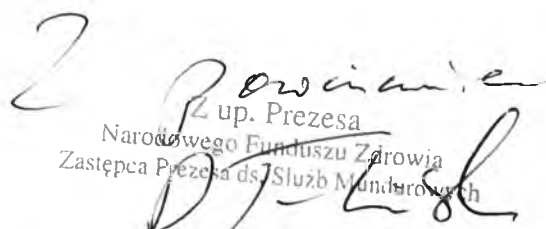
4. Nieudzielanie świadczeń w czasie określonym w umowie oraz ograniczenie dostępności do świadczeń.
5. Nieprzekazywanie do O W NFZ pełnych danych wykonanych procedur i badań.
6. Niekierowanie pacjentek do położnej POZ.
7. Niezgodne z wymogami kwalifikacje personelu lekarskiego wykonującego badania USG, nieprawidłowości w realizacji świadczeń przez podwykonawców.
8. Niepodawanie do wiadomości zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń.
9. Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej: brak rozpoznania, oznaczenia osoby udzielającej świadczenia i dokonującej wpisu, nieautoryzowane skreślenia/poprawki bez adnotacji o przyczynie błędu, wpisy nieczytelne, strony historii choroby nieoznaczone imieniem i nazwiskiem pacjenta, braki danych z wywiadu i badania przedmiotowego, brak informacji o zleconych badaniach diagnostycznych, brak wyników badań diagnostycznych lub ich dokładnego opisu oraz konsultacji, nieczytelne wpisy.

W wyniku przeprowadzonych kontroli, w zależności od stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) wydano zalecenia pokontrolne,
- 2) nałożono kary umowne,
- 3) wezwano do korekty raportów statystycznych i zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych.

W tabeli poniżej zawarte są dane dotyczące realizacji świadczeń w rodzaju AOS w zakresie położnictwa i ginekologii z uwzględnieniem informacji o wykonaniu świadczeń na terenie gmin i obszarów wiejskich. Dane z lat 2016 – 2018 wskazują na nieznaczny wzrost udziału świadczeń na terenach i obszarach wiejskich w ogólnej wartości świadczeń.

ROK	liczba gmin i obszarów wiejskich	procentowy udział gmin i obszarów wiejskich w ogólnej liczbie gmin	liczba świadczeniodawców w gminach i obszarach wiejskich	procentowy udział świadczeniodawców w gminach i obszarach wiejskich w ogólnej liczbie świadczeniodawców	wartość świadczeń rozliczonych w gminach i obszarach wiejskich	procentowy udział wartości świadczeń w gminach i obszarach wiejskich w ogólnej wartości świadczeń
2016	409	61,69%	444	20,73%	40 614 423	7,71%
2017	401	60,76%	434	20,60%	40 850 042	7,76%
2018	396	60,09%	429	20,63%	42 334 943	7,85%

  
Z up. Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Prezesa ds. Służb Mundurowych  
dr n.med. Dariusz Tereszowski-Kamiński