



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.12.6.2025

Pan
Piotr Szczygieł
Prezes Zarządu
ESKULAP Centrum Usług Medycznych
ul. Kletówki 52/1
38-400 Krosno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/091 – Profilaktyczna opieka zdrowotna prowadzona w ramach podstawowej opieki medycznej dla dzieci i młodzieży jako miernik oceny stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	ESKULAP Centrum Usług Medycznych, ul. Kletówki 52/1, 38-400 Krosno ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Szczygieł, Prezes Zarządu ESKULAP Centrum Usług Medycznych ² , od dnia 21 maja 2021 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania placówki podstawowej opieki zdrowotnej w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 (z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie.
Kontrolerzy	1. Robert Szwagiel, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/50/2025 z 22 kwietnia 2025 r. 2. Małgorzata Milanowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/49/2025 z 22 kwietnia 2025 r. (akta kontroli tom I str. 3-11, tom III str. 378)

¹ Dalej: Eskulap lub Centrum.

² Dalej: Prezes.

³ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o *NIK*.

OCENA OGÓLNA Z UZASADNIENIEM

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁴

W latach 2022-2024 ESKULAP realizował gwarantowaną profilaktyczną opiekę zdrowotną dla dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁵, jednak nie zawsze zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawa.

Według wyjaśnień Prezesa, stosownie do przepisu § 8 ust. 9 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. nr 160/2021/DSOZ *w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*⁶ i § 8 ust. 7 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. nr 79/2022/DSOZ *w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*⁷, Centrum informowało świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach podstawowej opieki zdrowotnej, jednak nie objęło nimi wszystkich uprawnionych. Ponadto zakres zrealizowanych przez lekarza i położną POZ świadczeń u dzieci, których dokumentacja medyczna została zbadana, w wielu aspektach był niezgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*⁸ i nie obejmował wszystkich zalecanych badań. Dodatkowo, mimo że umowy *o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*, zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmowały m.in. świadczenia pielęgniarki POZ, to w Centrum nie wykonywano uprawnionym dzieciom ani wizyt patronażowych ani testów przesiewowych, tj. świadczeń gwarantowanych wymienionych w części II załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia. Powyższe nieprawidłowości potwierdzały także niewłaściwą realizację obowiązku monitorowania jakości udzielanych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, określonego w przepisie art. 23 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*⁹.

W Centrum nieprawidłowo raportowano komunikatem SWIAD dane o wykonanych profilaktycznych świadczeniach gwarantowanych dzieci i młodzieży, przekazując niektóre z nich niezgodne ze stanem faktycznym. Również informacje wykazane w sprawozdaniach MZ-11 były niezgodne z danymi źródłowymi, co stanowiło naruszenie art. 30 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej*¹⁰. Eskulap nie realizował też obowiązku wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*¹¹ w zakresie przekazywania do NFZ – co najmniej raz w roku kalendarzowym – pomiarów masy i wzrostu pacjentów do 19. roku życia.

W Eskulap, mimo obowiązku sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ wynikającego z przepisu art. 10 ust. 4

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

⁵ Dalej: POZ.

⁶ Biul. Inf. NFZ z 2021 r. poz. 160. Dalej: zarządzenie Prezesa NFZ z 2021 r.

⁷ Biul. Inf. NFZ z 2022 r. poz. 79. Dalej: zarządzenie Prezesa NFZ z 2022 r.

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm. Dalej: rozporządzenie *w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 515. Dalej: ustawa *o poz*.

¹⁰ Dz.U. z 2024 r. poz. 1799.

¹¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm. Dalej: rozporządzenie *w sprawie informacji*.

pkt 1 ustawy o poz, przyjęto liczne deklaracje, które nie zawierały wszystkich wymaganych danych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej kontrolowanej działalności

OBSZAR	Działania placówki podstawowej opieki zdrowotnej w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
Opis stanu faktycznego	W latach 2022-2024 umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zawarte przez Eskulap z NFZ obejmowały m.in. świadczenia lekarza, pielęgniarki, a położnej POZ od 1 maja 2022 r. (akta kontroli tom III str. 83-367) Przepis § 8 pkt 9 zarządzenia Prezesa NFZ z 2021 r. i § 8 pkt 7 zarządzenia Prezesa NFZ z 2022 r. stanowi, że świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach POZ i zasadach ich udzielania. Na pytanie jak był realizowany obowiązek informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach POZ i zasadach ich udzielania wynikający z powyższego przepisu, Prezes wyjaśnił, że <i>informacje o dostępnych świadczeniach profilaktycznych ramach POZ były przekazywane ustnie w momencie zapisu dziecka do przychodni oraz w trakcie wizyt lekarskich czy rozmów pielęgniarek z pacjentem. Ponadto, w książeczce zdrowia dziecka znajduje się szczegółowy wykaz wizyt patronażowych wraz z zalecanymi terminami ich realizacji. Dokument ten pozostaje w posiadaniu rodzica lub opiekuna prawnego i stanowi źródło wiedzy na temat zrealizowanych i planowanych działań profilaktycznych.</i> (akta kontroli tom I str. 72-75) Udostępniona w kontroli dokumentacja medyczna nie zawierała adnotacji we wskazanym w wyjaśnieniu zakresie. 1.1. W latach 2022-2024 w Centrum było zatrudnionych łącznie 11 lekarzy POZ, z tego: - jeden lekarz – specjalista medycyny rodzinnej, - drugi – do sierpnia 2024 r. – rezydent a następnie specjalista medycyny rodzinnej, - czworo lekarzy rezydentów zatrudnionych odpowiednio od grudnia 2022 r. (jeden) i od grudnia 2023 r. (troje), - pięcioro lekarzy bez specjalizacji, do których według złożonych deklaracji, nie zapisano dzieci i młodzieży. (akta kontroli tom I str. 71) W latach 2022-2024, do lekarzy POZ w Centrum było zapisanych 2 096 dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 19. roku życia, z których 123¹² nie skorzystało z żadnych świadczeń lekarzy POZ, tj. badań bilansowych, w tym przesiewowych, porad patronażowych i innych wizyt lekarskich a 1 580 zostało objętych świadczeniami specjalistów. Dodatkowo 162, u których nie wykonano ani ww. badań bilansowych ani porad patronażowych skorzystało z wizyt lekarskich sporadycznie (od jednego do trzech razy).

¹² Ośmioro z nich zostało objętych świadczeniami specjalistów.

W 2022 r. było zapisanych 1 912 dzieci i młodzieży, z których 122¹³ nie skorzystało z żadnych świadczeń lekarzy POZ, tj. badań bilansowych, w tym przesiewowych, porad patronażowych i innych wizyt lekarskich a 1 430 zostało objętych świadczeniami specjalistów. Dodatkowo 147, u których nie wykonano ani badań bilansowych ani porad patronażowych, skorzystało z wizyt lekarskich sporadycznie (od jednego do trzech razy).

W 2023 r. było zapisanych 1 972 dzieci i młodzieży, z których 107¹⁴ nie skorzystało z żadnych świadczeń lekarzy POZ, tj. badań bilansowych, w tym przesiewowych, porad patronażowych i innych wizyt lekarskich a 1 491 zostało objętych świadczeniami specjalistów. Dodatkowo 141, u których nie wykonano ani ww. badań bilansowych ani porad patronażowych, skorzystało z wizyt lekarskich sporadycznie (od jednego do trzech razy).

W 2024 r. było zapisanych 2 019 dzieci i młodzieży, z których 103¹⁵ nie skorzystało z żadnych świadczeń lekarzy POZ, tj. badań bilansowych, w tym przesiewowych, porad patronażowych i innych wizyt lekarskich a 1 539 zostało objętych świadczeniami specjalistów. Dodatkowo 140, u których nie wykonano ani ww. badań bilansowych ani porad patronażowych, skorzystało z wizyt lekarskich sporadycznie (od jednego do trzech razy).

W latach 2022-2024 198 deklaracji wyboru lekarza POZ zostało wycofanych z Centrum. W 127 przypadkach w systemie informatycznym były zawarte dane o podmiocie, do którego dzieci zostały przepisane, w 57 – deklaracje ponownie zostały złożone w Centrum, w ośmiu – deklaracje zostały odrzucone na podstawie art. 12 pkt 13 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. *o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa*¹⁶, w dwóch – osoby straciły status ubezpieczonych, w czterech – Eskulap nie posiadał informacji o podmiocie, w którym złożono ponownie deklarację.

W latach objętych kontrolą lekarze POZ zrealizowali 139 porad patronażowych u 138 dzieci oraz 1 237 badań bilansowych, w tym przesiewowych u 836 dzieci i młodzieży, z których 827 zostało skierowanych do lekarzy specjalistów. Liczba badań bilansowych u jednego dziecka wyniosła od jednego do pięciu, zaś porad patronażowych od jednej do dwóch.

W 2022 r. lekarze POZ zrealizowali 31 porad u 31 dzieci oraz 1 144 badań bilansowych, w tym przesiewowych u 829 dzieci i młodzieży, z których 702 zostało skierowanych do lekarzy specjalistów. Liczba badań bilansowych u jednego dziecka wyniosła od jednego do pięciu, zaś porad patronażowych - jeden.

W 2023 r. lekarze POZ zrealizowali 79 porad u 79 dzieci oraz 1 214 badań bilansowych, w tym przesiewowych u 817 dzieci i młodzieży, z których 760 zostało skierowanych do lekarzy specjalistów. Liczba badań bilansowych u jednego dziecka wyniosła od jednego do pięciu, zaś porad patronażowych - jeden.

W 2024 r. lekarze POZ zrealizowali 139 porad u 138 dzieci oraz 1 203 badań bilansowych, w tym przesiewowych u 809 dzieci i młodzieży, z których 775 zostało skierowanych do lekarzy specjalistów. Liczba badań bilansowych u jednego dziecka wyniosła od jednego do pięciu, zaś porad patronażowych od jednej do dwóch.

¹³ Ośmioro z nich zostało objętych świadczeniami specjalistów.

¹⁴ Żadne z nich nie zostało objęte świadczeniami specjalistów.

¹⁵ Żadne z nich nie zostało objęte świadczeniami specjalistów.

¹⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 337, ze zm.

W poszczególnych latach objętych kontrolą uprawnionych do gwarantowanych świadczeń profilaktycznych było odpowiednio:

- w wieku od 1-4 tygodnia życia – 113, 104, 89 dzieci,
- w wieku od 2-6 miesiąca życia – 165, 133, 128 dzieci,
- w 9. miesiącu życia – 128, 121, 88 dzieci,
- w 12. miesiącu życia – 126, 119, 101 dzieci,
- w wieku 2 lat – 167, 126, 119 dzieci,
- w wieku 4 lat – 166, 164, 167 dzieci,
- w wieku 5 lat – 142, 166, 164 dzieci,
- w wieku 6-7 lat – 250, 269, 308 dzieci,
- w wieku 9-10 lat – 173, 201, 226 dzieci,
- w wieku 13-14 lat – 135, 161, 146 dzieci,
- w wieku 16-17 lat – 102, 101, 98 osób,
- w wieku 18-19 lat – 77, 79, 102 osób.

Spośród ww. uprawnionych nie objęto świadczeniami a objęto pomocą specjalistów, odpowiednio w latach 2022, 2023 i 2024:

- w wieku od 1-4 tygodnia życia – 87/50, 59/40, 30/22 dzieci,
- w wieku od 2-6 miesiąca życia – 157/94, 103/64, 104/73 dzieci,
- w 9. miesiącu życia – 123/62, 104/59, 68/34 dzieci,
- w 12. miesiącu życia – 119/58, 112/50, 81/33 dzieci,
- w wieku 2 lat – 149/57, 101/48, 97/40 dzieci,
- w wieku 4 lat – 156/71, 148/47, 158/51 dzieci,
- w wieku 5 lat – 139/65, 161/78, 162/59 dzieci,
- w wieku 6-7 lat – 203/72, 203/90, 230/107 dzieci,
- w wieku 9-10 lat – 117/45, 129/54, 153/54 dzieci,
- w wieku 13-14 lat – 111/33, 110/32, 95/42 dzieci,
- w wieku 16-17 lat – 92/16, 89/23, 84/35 osób,
- w wieku 18-19 lat – 69/20, 57/14, 89/37 osób.

(akta kontroli tom I str. 238-409, tom II str. 75-83, 98-230)

Prezes wyjaśnił, że w latach 2022–2024 w Centrum nie było pisemnej procedury praktyki wyboru dzieci i młodzieży, u których lekarze POZ winni przeprowadzić porady patronażowe i badania bilansowe, ponieważ nie istniała taka konieczność. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych omawiane świadczenia przysługują wszystkim dzieciom w zakresie zgodnym z ich wiekiem.

O potrzebie przeprowadzenia przez lekarza patronaży u noworodka i badań bilansowych dziecka informowała w pierwszej kolejności rodziców dziecka położna środowiskowo-rodzinna. Pierwsza wizyta lekarska patronażowa co do zasady była umawiana w przychodni w momencie złożenia deklaracji wyboru lekarza POZ. Rodzice byli także informowani o terminach pozostałych badań profilaktycznych ustnie podczas wizyty patronażowej jeśli dziecko było zapisane w Centrum od urodzenia lub podczas pierwszej wizyty w przychodni, gdy dziecko było zapisane do przychodni później. Przy okazji innych świadczeń lekarz, a także pielęgniarki zwracali opiekunowi dziecka uwagę, że lista i termin bilansów są wskazane w książeczce zdrowia dziecka, więc mogli łatwo sprawdzić, kiedy powinni byli się zgłosić na takie badanie. Z kolei bilanse dziecka w wieku szkolnym rozpoczynała pielęgniarka szkolna, która po zrealizowaniu należnych jej czynności przekazywała do przychodni, za pośrednictwem ucznia, częściowo wypełnioną kartę bilansową, informując jednocześnie o obowiązku zgłoszenia się do lekarza POZ.

Świadczenia z zakresu profilaktyki były realizowane u wszystkich dzieci, z którymi opiekunowie zgłosili się w tym celu do przychodni zgodnie z ww. ścieżką postępowania. Nie były natomiast wykonane u dzieci, których opiekunowie nie

zgłosili się. Nadmieniamy, że obowiązujące przepisy nie nakładają na rodzica obowiązku zgłaszania się na wizyty bilansowe w poradni POZ.

We wskazanym okresie dzieci nie były wyznaczane ponieważ świadczenia przysługują wszystkim dzieciom.

Ze względu na brak takiego obowiązku i brak wystarczających zasobów do prowadzenia monitoringu w omawianym zakresie, nie był on prowadzony, choć rodzice byli o tym poinformowani.

Rodzice/opiekunowie byli informowani ustnie o terminach (czasookresach) badań bilansowych na wizytach lekarskich i położnej, podczas których dziecko zbliżało się do wieku, w którym ma być zrealizowane badanie bilansowe. Informacja o tym z reguły nie jest odnotowywana w kartotece (EDM), ponieważ podczas 10 czy 15 minutowej wizyty (często także z dzieckiem chorym) nie było możliwe szczegółowe zapisanie wszystkiego co było omawiane przez lekarza z rodzicem na wizycie, wykonanie badania przedmiotowego i podmiotowego, postawienie diagnozy, wystawienie recept, skierowań itp. Z kolei wyznaczanie kolejnego terminu na bieżącej wizycie często nie było dokonywane ze względu na brak takiej możliwości.

Rodzice, pomimo tego, że byli poinformowani przez personel przychodni o terminach wizyt bilansowych i dodatkowo te terminy były wyraźnie określone w książeczce zdrowia dziecka, często nie zgłaszali się na te wizyty. Warunkiem odbycia wizyty u lekarza jest wcześniejsze umówienie wizyty i zarejestrowanie wizyty pacjenta w systemie, dlatego poinformowanie o którym mowa wcześniej nie jest równoznaczne z utrwaleniem tej informacji w systemie. Do umieszczenia informacji w dokumentacji medycznej koniecznym jest bowiem założenie wizyty w systemie (lekarskiej, pielęgniarzkiej) w oparciu o wcześniejszą rejestrację.

Przychodnia nie miała podstaw do gromadzenia informacji dlatego rodzic nie stawiał się w przychodni na świadczenie profilaktyczne, tym bardziej, że rodzice nie mają obowiązku stawiania się ani informowania o przyczynach nieobecności na wizycie.

Podczas wizyty patronażowej lub bilansowej zawsze jest dokonywany wpis w książeczce zdrowia dziecka, pod warunkiem, że rodzic miał ją ze sobą na wizycie. Od chwili, kiedy udostępnione zostały bilanse elektroniczne w systemie mMedica, lekarz najpierw wprowadzał dane do systemu, a następnie drukował te informacje i wydruk bilansu był wpinany do książeczki zdrowia dziecka. Jeżeli rodzic nie posiada przy sobie książeczki zdrowia, rodzic otrzymuje wydruk z prośbą o dołączenie go do książeczki. Przed udostępnieniem bilansów elektronicznych, informacje były wpisywane ręcznie do książeczek zdrowia dziecka.

W latach 2022-2024 żaden rodzic/opiekun nie odmówił wykonania bilansu dziecka. Rodzice, którzy nie chcieli wykonać badania profilaktycznego po prostu nie umówili się na wizyty, pomimo tego, że byli o takiej potrzebie poinformowani. Nie udokumentowano tego faktu w kartotece pacjenta zgodnie z postępowaniem z punktu 4: pacjent nie zarejestrował się, nie założono wizyty, nie było podstaw do dokonania wpisu w kartotece. Jeżeli rodzic umówił się na wizytę, ale nie przyszedł, było dokonywane odznaczenie predefiniowanego systemowo wpisu do kartoteki „Niezgłoszenie się pacjenta” lub „Rezygnacja z wizyty”. Typ i przyczyna niezrealizowania zaplanowanej lecz nieodbytej wizyty nie podlegała wyróżnieniu pozwalającemu na późniejsze raportowanie.

(akta kontroli tom I str. 233-237)

Analizą objęto dokumentację medyczną 39 dzieci, dla których lekarze POZ wykonali w okresie objętym kontrolą:

- 13 porad patronażowych w 1-4 tygodniu życia u 13 dzieci,*
- pięć badań przesiewowych w 2-6 miesiącu życia u dwojga dzieci,*
- dwa badania przesiewowe w 9. miesiącu życia u dwojga dzieci,*

- trzy badania przesiewowe w 12. miesiącu życia u trojga dzieci,
 - sześć bilansów zdrowia w 2. roku życia u sześciorga dzieci,
 - pięć bilansów zdrowia w 4. roku życia u pięciorga dzieci,
 - cztery bilanse zdrowia w 5. roku życia u czworga dzieci,
 - cztery bilanse zdrowia 6-7 latków (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) u czworga dzieci,
 - jeden bilans zdrowia 16-17 latków¹⁷ u jednego dziecka,
 - pięć bilansów zdrowia do ukończenia 19. roku życia¹⁸ u pięciorga dzieci.
- W dokumentacji 14 z 39 dzieci znajdowały się zapisy dotyczące skierowania do specjalistów, tj. do poradni preluksacyjnej, kardiologicznej, logopedycznej, rehabilitacyjnej, alergologicznej, audiologicznej i medycyny sportowej.
(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638, tom II str. 72-74)

Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia gwarantowane lekarza POZ obejmują m.in.:

- poradę patronażową w 1-4 tygodniu życia,
- badanie przesiewowe w 2-6 miesiącu życia,
- badanie przesiewowe w 9. miesiącu życia,
- badanie przesiewowe w 12. miesiącu życia,
- bilans zdrowia w 2. roku życia,
- bilans zdrowia w 4. roku życia,
- bilans zdrowia w 5. roku życia,
- bilans zdrowia – roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkole,
- bilans zdrowia – klasa I szkoły ponadgimnazjalnej¹⁹,
- bilans zdrowia – ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia.

Spośród 39 analizowanych spraw lekarze POZ nie zrealizowali poniższych świadczeń dla dzieci i młodzieży, mimo że spełniały wymagania wiekowe określone w ww. rozporządzeniu:

- 11 – badania przesiewowego w 2-6 miesiącu życia,
- 14 – badania przesiewowego w 9. miesiącu życia,
- 12 – badania przesiewowego w 12. miesiącu życia,
- pięciorga – bilansu zdrowia w 2. roku życia,
- czworga – bilansu zdrowia w 4. roku życia,
- sześciorga – bilansu zdrowia w 5. roku życia,
- czworga – bilansu zdrowia – roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkole,
- czworga – bilansu zdrowia w wieku 16-17 lat.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638)

Prezes wyjaśnił, że w przypadku badań profilaktycznych w 2-6 miesiącu życia w trzech sprawach w tym okresie nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do książeczki zdrowia dziecka, a ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. W dwóch przypadkach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe. W dwóch przypadkach badania nie zostały wykonane podczas

¹⁷ Według rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych – I klasa szkoły ponadgimnazjalnej.

¹⁸ Według rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych – ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej.

¹⁹ 16-17 lat.

wizyt szczepiennych, ponieważ wizyty te były realizowane w większości podczas sezonu infekcyjnego, kiedy duża ilość wizyt nadmiarowych pacjentów chorych uniemożliwia poświęcenie czasu na przeprowadzenie badań profilaktycznych u dzieci zdrowych. W jednym przypadku rodzice dziecka stawili się na szczepienie tylko raz, bilans nie został wykonany z niewiadomych przyczyn, został udokumentowany w kartotece pomiar wagi i obwodu głowy. W kolejnych dwóch były to dzieci rodziców uchylających się od szczepień – rodzice nie zgłaszają się ani na szczepienia ani na bilanse.

W dwóch sprawach badania bilansowe w 2-6 miesiącu życia nie zostały wykonane podczas wizyt szczepiennych, ponieważ wizyty te były realizowane dwukrotnie podczas sezonu infekcyjnego, kiedy duża ilość wizyt nadmiarowych pacjentów chorych uniemożliwia poświęcenie czasu na przeprowadzenie badań profilaktycznych u dzieci zdrowych. W pierwszej z nich badanie profilaktyczne w 6. miesiącu życia zostało wykonane w dniu 3 kwietnia 2024 r. i w formie elektronicznej jest dostępne w kartotece pacjentki w odpowiedniej zakładce, omyłkowo jako rozpoznanie nie został wpisany kod Z10.

Ww. badanie z dnia 3 kwietnia 2024 r. zostało wykonane w siódmym miesiącu życia dziecka. Jednak nie obejmowało ono pomiaru długości ciała i obwodu klatki piersiowej oraz oceny przebytych schorzeń.

W drugim przypadku badanie przesiewowe zostało wykonane w dniu 26 marca 2024 r., jednak nie obejmowało wymaganych: pomiarów długości ciała i obwodu klatki piersiowej, oceny przebytych schorzeń oraz określenia wieku zębowego. Prezes wyjaśnił, że omyłkowo jako rozpoznanie nie został wpisany kod Z10, ponieważ badanie profilaktyczne było przeprowadzone „przy okazji” wizyty związanej z infekcją dróg oddechowych, kod wizyty J06.

W przypadku kolejnego dziecka badanie przesiewowe zostało wykonane w dniu 5 września 2024 r., jednak nie obejmowało pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, oceny stanu neurologicznego i przebytych schorzeń, określenia wieku zębowego.

Prezes wyjaśnił, że omyłkowo jako rozpoznanie nie został wpisany kod Z10, kod główny wizyty Z27.

(akta kontroli tom I str. 410-424, 604-618, tom II str. 56-62, 64-66)

Prezes wyjaśnił ponadto, że w przypadku badań profilaktycznych w 9. miesiącu życia w jednej sprawie badanie uzupełniono w książeczce zdrowia, a w 13 rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe, z których dwoje uchylało się od szczepień. W przypadku badań profilaktycznych w 12. miesiącu życia w 10 sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe, z których dwoje uchylało się od szczepień. W jednej – była to wizyta szczepienna a badanie bilansowe nie zostało wykonane z powodu braku czasu. W przypadku bilansu 2-latka: w pięciu sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe, z których jedno uchylało się od szczepień. W przypadku bilansu 4-latka: w czterech sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe. W przypadku bilansu w 5. roku życia: w czterech sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe, w dwóch – bilans wykonany w książeczce zdrowia. W przypadku bilansu w wieku 6-7 lat: w trzech sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe, w jednej – bilans wykonany w książeczce zdrowia i karcie bilansowej szkolnej. W przypadku bilansu w 16-17 rok życia (I klasa szkoły średniej): w trzech sprawach rodzice nie zgłosili się na badanie bilansowe. W przypadku jednego dziecka urodzonego 16 grudnia 2006 r. deklaracja złożona 28 sierpnia 2023 r. – bilans prawdopodobnie wykonany w poprzedniej przychodni.

W dniu złożenia deklaracji pacjent był w wieku 16 lat i ośmiu miesięcy. W dokumentacji medycznej nie było dowodu potwierdzającego przeprowadzenie bilansu w innej przychodni.

U jednej osoby nie wykonano bilansu zdrowia – w wieku do ukończenia 19. roku życia, gdyż według wyjaśnienia Prezesa *na podstawie rozmowy telefonicznej z matką pacjent nie dostał jeszcze karty bilansowej w szkole (ostatnia klasa technikum).*

(akta kontroli tom I str. 289, 410-424, 605-618, tom II str. 67-71)

Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych* badania u dzieci do 16. roku życia są wykonywane w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych.

Z analizowanych dokumentacji medycznych 39 dzieci w dokumentacji 30 dzieci dotyczących 37 badań nie było zapisów potwierdzających obecność takich osób.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638, tom II str. 72-74)

Prezes wyjaśnił, że *u dzieci do 16. roku życia badania są wykonywane w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych, jeśli dziecko zgłosi się bez opiekuna, świadczenia medyczne nie są realizowane. Nie zapisujemy w kartotece faktu zgłoszenia się na wizytę z opiekunem, bo jest to oczywiste, skoro wizyta została zrealizowana. Nie ma obowiązku dokonywania wpisu do kartoteki o obecności opiekuna na każdej wizycie.*

(akta kontroli tom I str. 410-424, 607-618)

Stosowane w Centrum: formularz *Historia zdrowia i choroby* zawierał rubrykę: *Przedstawiciel ustawowy*, a formularz *Wizyta profilaktyczna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej* rubrykę dotyczącą osoby udzielającej wywiadu (rodzica/opiekuna) ze wskazaniem stopnia pokrewieństwa. Formularze zostały wypełnione w tym zakresie w dokumentacji pięciorga dzieci dotyczącej pięciu badań.

(akta kontroli tom I str. 425-531, 619-638)

W dokumentacji medycznej lekarzy POZ:

- 11 porad patronażowych w 1-4 tygodniu życia²⁰,
- dwóch badań przesiewowych w 2-6 miesiącu życia²¹,
- dwóch badań przesiewowych w 9. miesiącu życia²²,
- trzech badań przesiewowych w 12. miesiącu życia²³,
- czterech badań bilansowych w 2. roku życia²⁴,
- pięciu badań bilansowych w 4. roku życia²⁵,
- trzech badań bilansowych w 5. roku życia²⁶,
- czterech badań bilansowych – roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne²⁷,
- jednego badania bilansowego w wieku 16-17 lat²⁸,
- pięciu badań bilansowych do 19. roku życia²⁹

²⁰ Z 13 objętych próbą.

²¹ Z pięciu objętych próbą.

²² Z dwóch objętych próbą.

²³ Z trzech objętych próbą.

²⁴ Z sześciu objętych próbą.

²⁵ Z pięciu objętych próbą.

²⁶ Z czterech objętych próbą.

²⁷ Z czterech objętych próbą.

²⁸ Z jednego objętego próbą.

²⁹ Z pięciu objętych próbą.

nie było zapisów potwierdzających wykonanie wszystkich badań określonych w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałym zakresie dokumentacja medyczna zawierała stosowne zapisy.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638)

Badania przesiewowe dla czworga dzieci i bilanse zdrowia dla ośmiorga dzieci zostały wykonane przez innego lekarza niż wskazany w deklaracji wyboru.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638)

Prezes wyjaśnił, że *podczas umawiania wizyty lekarskiej w miarę możliwości pacjent jest rejestrowany do lekarza, do którego jest zadeklarowany. W sytuacji, gdy ten lekarz nie ma możliwości przyjęcia kolejnego pacjenta w danym dniu, bo grafik jest już cały wypełniony lub lekarz jest nieobecny, proponowana jest pacjentowi wizyta u lekarza, który ma jeszcze wolne miejsca w grafiku na dany dzień lub alternatywnie wizyta w innym dniu u lekarza, którego wybrali podczas składania deklaracji. Bardzo często pacjent woli przyjść na wizytę do innego lekarza w dniu bieżącym, w związku z czym w kartotece pacjenta istnieją wizyty realizowane przez różnych lekarzy, którzy posiadają stosowne kompetencje. Taki sposób działania jest korzystny dla pacjenta ponieważ, skraca się czas oczekiwania na wizytę.*

(akta kontroli tom I str. 410-424, 607-618)

Spośród 39 dzieci, których dokumentacja dotycząca świadczeń lekarza POZ była przedmiotem analizy, deklaracje wyboru lekarza POZ 14 dzieci były niekompletne i nie zawierały danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci. Ponadto w przypadku jednego dziecka Centrum nie przedstawiło podczas kontroli stosownych deklaracji. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Pozostałe deklaracje wypełniono prawidłowo.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638, 613-614)

Analizą objęto także dokumentację medyczną 39 dzieci, tj. 30, dla których lekarze POZ nie wykonali w okresie objętym kontrolą żadnych badań bilansowych, w tym przesiewowych i dziewięciorga, u których nie wykonano żadnej porady patronażowej, mimo że spełniały one wymagania wiekowe uprawniające je do tych świadczeń. Dzieci te, z wyjątkiem dwóch, wielokrotnie korzystały z innych świadczeń lekarza POZ, a liczba ich wizyt wyniosła od jednej do 113. Przykładowe rozpoznania tych wizyt to m.in.: H53 – *Zaburzenie widzenia*, N50 – *Inne choroby męskich narządów płciowych*, N20 – *Kamica nerki i moczowodu*, J02 – *Ostre zapalenie gardła*, J06 – *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim nieokreślonym*, Z01 – *Inne badania specjalne i badania dodatkowe osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby*, R23 – *Inne zmiany skórne*, K60 – *Szczelina i przetoka odbytnicy i okolic odbytu*. Lekarze POZ nie zrealizowali następujących świadczeń:

- porady patronażowej w 1-4 tygodniu życia u sześciorga dzieci,
- badania przesiewowego w 2-6 miesiącu życia u ośmiorga dzieci,
- badania przesiewowego w 9. miesiącu życia u dziewięciorga dzieci,
- badania przesiewowego w 12. miesiącu życia u siedmiorga dzieci,
- bilansu zdrowia w 2. roku życia u dziewięciorga dzieci,
- bilansu zdrowia w 4. roku życia u 11 dzieci,
- bilansu zdrowia w 5. roku życia u siedmiorga dzieci,
- bilansu zdrowia – roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkole u dwojga dzieci,
- bilansu zdrowia – w wieku 16-17 lat u czworga dzieci,
- bilansu zdrowia – do ukończenia 19. roku życia u sześciorga dzieci.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej³⁰ stanowi, że zadaniem lekarza POZ w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy jest m.in. prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań bilansowych. Stosownie do załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia gwarantowane lekarza POZ obejmują m.in.: poradę patronażową i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe.

Prezes wyjaśnił, że 30 pacjentów nie zgłosiło się na łącznie 54 wizyty bilansowe i porady patronażowe. W przypadku ośmiu badań sześciorga pacjentów ich wyniki zostały prawdopodobnie wpisane w książeczke zdrowia. W przypadku innych czterech pacjentów bilanse i badania przesiewowe nie zostały wykonane prawdopodobnie z powodu sezonu infekcyjnego. W przypadku pięciu badań jednego z dzieci wyjaśnił, że jest on pod stałą opieką lekarską wynikającą z dużej zapadalności na choroby infekcyjne (nawet dwa razy w tygodniu), jego rodzice nie uznają za stosowne chodzić na dodatkowe wizyty z dzieckiem zdrowym. Jego rozwój, podobnie jak innych dzieci, jest na bieżąco monitorowany podczas wizyt związanych z leczeniem.

Co do zasady rodzice powinni się zgłosić na badanie profilaktyczne z dzieckiem zdrowym. Jeśli rodzice zgłaszają się z dzieckiem chorym, a jest ono w wieku, w którym powinno się przeprowadzić bilans zdrowia, lekarz nie ma obowiązku wykonywania takiego badania „przy okazji”. Jeśli czas na to pozwala, badanie bilansowe jest wykonywane podczas wizyty związanej np. z leczeniem infekcji, ale najczęściej jest to niemożliwe ze względu na ograniczony czas i dużą liczbę chorych oczekujących na poradę. Często rodzice z dzieckiem zapisanym na wizytę przyprowadzają również chore rodzeństwo oczekując ich zbadania i najczęściej jest to robione ze względu na dobro i bezpieczeństwo tych dzieci, co dodatkowo wydłuża czas wizyty. Zapisanie danego dnia wszystkich chorych członków rodziny na osobne wizyty jest najczęściej niemożliwe ze względu na przepełnione harmonogramy lekarzy. Realizowanie nadmiarowych wizyt u osób chorych w sezonie infekcyjnym ogranicza czas, który można poświęcić w trakcie wizyt szczepiennych u dzieci zdrowych, a który powinien być przeznaczony na wykonanie badań profilaktycznych.

(akta kontroli tom I str. 289, tom II str. 36-51, 88-97)

W dokumentacji medycznej lekarzy POZ dwóch badań bilansowych w 2. roku życia³¹ nie było zapisów potwierdzających wykonanie wszystkich badań określonych w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałym zakresie dokumentacja medyczna zawierała stosowne zapisy.

(akta kontroli tom II str. 3-35, 48-50, 52-55)

Spośród 39 dzieci, których dokumentacja dotycząca świadczeń lekarza POZ była przedmiotem analizy³², deklaracje wyboru lekarza POZ 11 dzieci były niekompletne i nie zawierały danych dotyczących przedstawicieli ustawowych

³⁰ Dz. U. poz. 2335. Dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

³¹ Z dwóch objętych próbą.

³² Dla których lekarze POZ nie wykonali w okresie objętym kontrolą badań bilansowych, w tym przesiewowych i porad patronażowych.

dzieci, a w jednym – danych lekarza POZ. W trakcie kontroli nie przedstawiono deklaracji wyboru lekarza POZ dwojga dzieci. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Pozostałe deklaracje wypełniono prawidłowo.

(akta kontroli tom II str. 3-35)

W żadnej z dokumentacji medycznej nie stwierdzono zapisów o niewłaściwym traktowaniu dzieci i młodzieży przez ich rodziców/opiekunów prawnych lub osoby z najbliższego otoczenia, a także niewłaściwego ich odżywiania, które potwierdzałyby nieprawidłowości w rozwoju lub poważne choroby.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638)

1.2. W latach 2022-2024 w Centrum zatrudniano dwie pielęgniarki środowiskowe POZ, w tym jedna była nieobecna w pracy od 18 lipca 2022 r. do 7 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli tom I str. 71)

W 2022 r. zadeklarowano do pielęgniarek POZ łącznie 620 dzieci w wieku do 5. roku życia, z tego w 2022 r. – 205, w 2023 r. – 248, a w 2024 r. – 167. Spośród 620 dzieci 505 zostało objętych świadczeniami specjalistów. W latach 2022-2024 wycofano deklaracje 20 dzieci. W systemie mMedica była informacja o placówkach POZ, do których dzieci zostały przepisane.

W latach 2022-2024 r. było odpowiednio:

- 81, 86, 88 dzieci w wieku do 6 miesięcy,
- 35, 44, 29 dzieci w wieku 9 miesięcy,
- 27, 19, 13 dzieci w wieku 12 miesięcy,
- 23, 28, 22 dzieci w wieku 2 lat,
- 31, 42, 17 dzieci w wieku 4 lat,
- 23, 52, 22 dzieci w wieku 5 lat.

W ww. okresie pielęgniarki POZ nie realizowały żadnych wizyt patronażowych ani testów przesiewowych u dzieci, których deklaracje złożono w Centrum. Z 620 zapisanych dzieci 444 nie skorzystało z żadnych świadczeń pielęgniarek POZ, zaś dla 176 dzieci pielęgniarki wystawiły recepty.

(akta kontroli tom I str. 47-70, 86-145, tom II str. 231-244)

Stosownie do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, zadania pielęgniarki POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują m.in.: rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców; rozpoznawanie ich potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych; monitorowanie rozwoju dziecka i profilaktykę chorób wieku rozwojowego. Świadczenia diagnostyczne obejmują: przeprowadzanie wywiadów środowiskowych; wykonywanie badania fizykalnego a także podstawowych parametrów życiowych i ich ocenę oraz interpretację; ocenę stanu ogólnego świadczeniobiorcy, jakości życia i wydolności psychofizycznej świadczeniobiorcy; wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej; ocenę wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny.

Zgodnie z częścią II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia gwarantowane pielęgniarki POZ obejmują m.in. wizytę patronażową oraz testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej.

Pielęgniarki środowiskowe POZ wyjaśniły, że nie wykonywały wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych u dzieci, których deklaracje złożono w Centrum ponieważ zakres tych świadczeń był realizowany przez lekarzy POZ. We wskazanych okresach

rozwoju dziecka lekarze POZ w trakcie swoich wizyt patronażowych i bilansowych realizowali zakres badań i testów przesiewowych pokrywających się ze wskazaniami zawartymi w przepisach. W celu uniknięcia dublowania działań lekarza i pielęgniarki odstąpiono od powielania dokumentacji medycznej i raportowania do NFZ, a wygospodarowany w ten sposób czas został wykorzystany na świadczenia, które dzieciom były realnie potrzebne. Ponadto wyjaśnili, że informacje o zakresie zadań pielęgniarki POZ i przysługujących świadczeń były przekazywane ustnie w momencie zapisu dziecka do przychodni oraz w trakcie wizyt lekarskich i rozmów pielęgniarek z pacjentem przy innych okazjach. Nie odnotowano żadnej sytuacji, w której rodzice lub opiekunowie prawni odmówiliby wyrażenia zgody na przeprowadzenie u ich dzieci testów przesiewowych i wizyt patronażowych. Nie było oczekiwań ze strony rodziców o potrzebie ich wykonania przez pielęgniarkę, po tym jak zostały one wykonane przez lekarza. W książeczce zdrowia dziecka znajduje się szczegółowy wykaz wizyt patronażowych wraz z zalecanymi terminami ich realizacji. Dokument ten pozostaje w posiadaniu rodzica lub opiekuna prawnego i stanowi źródło wiedzy na temat zrealizowanych i planowanych działań profilaktycznych.

(akta kontroli tom I str. 47-70, 199)

Prezes wyjaśnił ponadto, że wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe u dzieci realizowane przez pielęgniarkę POZ są elementem kompleksowej opieki profilaktycznej nad dzieckiem wykonywanej przez położną, pielęgniarkę i lekarza POZ. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu POZ nie są zobowiązani do realizowania całości zadań Zespołu POZ (zmiany przepisów w tym zakresie planowane na styczeń 2025 r. ostatecznie nie weszły w życie). Płatnik świadczeń (NFZ), powielając zakresy badań lekarza i pielęgniarki POZ w ramach świadczeń gwarantowanych, prawdopodobnie brał pod uwagę możliwość rozdzielnej realizacji badań, tj. w ramach różnych umów, zawieranych przez NFZ osobno przez różne podmioty (w tym jednoosobowe działalności gospodarcze) – osobno lekarz, pielęgniarka i położna. W naszym przypadku, gdy posiadamy kompletny zespół POZ, którego działania koordynuje lekarz POZ jako osoba o najwyższych kompetencjach w tym zakresie, optymalnym rozwiązaniem dla dobra dziecka, ergonomii pracy, poszanowania czasu rodziców i personelu medycznego jest wykonanie patronaży, bilansów i testów przesiewowych przez lekarza przy ewentualnym współuczestnictwie pielęgniarki, co jest w Centrum realizowane, przy zachowaniu odrębności działań położnej. Zakładka „Bilans dziecka”, zawierająca również informacje o testach przesiewowych, w naszym systemie komputerowym jest jedna – dostępna zarówno z poziomu tzw. „Gabinetu” lekarza POZ jak i pielęgniarki POZ. Dlatego też, kto pierwszy wprowadzi dane, lekarz czy pielęgniarka, tego zapisy są widoczne w systemie i ewentualnie później raportowane do NFZ. Bezproduktywną czynnością jest powielanie zadań w założonej w tym celu osobnej wizycie pielęgniarskiej, np. dwukrotne pomiary antropometryczne – najpierw w gabinecie pielęgniarki, a później w gabinecie lekarza, a następnie ręczne przepisywanie danych w różnych zakładkach systemu komputerowego. Nie było w badanym okresie zgłoszeń ze strony rodziców o potrzebie wizyty domowej pielęgniarki w związku z opieką profilaktyczną nad dzieckiem. W latach 2022-2024 r. zakres świadczeń pielęgniarki POZ (poza przypadkami, w których rodzice nie zgłosili się na badania) został zrealizowany, ale zaewidencjonowany i raportowany do NFZ jako świadczenie lekarza POZ.

(akta kontroli tom I str. 72-75)

Zgodnie z częścią II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia gwarantowane pielęgniarki POZ obejmują m.in. poniższe badania, które nie są przewidziane do wykonania przez lekarza POZ:

- 0-6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym) - podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego i orientacyjne badanie wzroku,
- 3-4 miesiąc życia - wizyta patronażowa mająca na celu:
 - 1) przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej;
 - 2) w razie stwierdzenia nieprawidłowości - rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny,
- 9. miesiąc życia - orientacyjne badanie wzroku,
- 12. miesiąc życia - określenie współczynnika masy ciała BMI i orientacyjne badanie wzroku,
- 4 lata - orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i statyki ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- 5 lat - orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu, zaburzeń statyki ciała i wad wymowy.

Deklaracje wyboru pielęgniarki POZ 46 dzieci ze 124 wybranych do analizy były kompletnie wypełnione i podpisane przez wskazaną w deklaracji upoważnioną osobę. W pozostałych 78 przypadkach dokumenty te zostały nieprawidłowo wypełnione:

- w jednej deklaracji nie wpisano numeru PESEL dziecka,
- w 74 deklaracjach nie wskazano danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci,
- jedna deklaracja nie została w ogóle podpisana,
- jedna deklaracja została podpisana przez inną osobę niż wskazany przedstawiciel ustawowy,
- 13 deklaracji podpisano nieczytelnie. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 40-46)

1.3. W latach 2022 (od 1 maja) – 2024 w Centrum zatrudniano jedną położną POZ.

(akta kontroli tom I str. 71)

W okresie objętym kontrolą do położnej POZ zadeklarowano łącznie 180 dzieci w wieku od 0-2 miesięcy, z tego w 2022 r. – 47, w 2023 r. – 48 i w 2024 r. – 71. Dodatkowo w 2022 r. złożono w Centrum deklaracje 14 dzieci, które spełniały ww. kryterium wieku, ale ich deklaracje zostały złożone przed 1 maja 2022 r., tj. przed zawarciem kontraktu z NFZ dotyczącego świadczeń położnej POZ.

(akta kontroli tom I str. 146-154)

W ww. okresie z Centrum wypisano łącznie 68 dzieci, zapisanych wcześniej do położnej POZ. Deklaracje wyboru położnej POZ 33 dzieci ponownie złożono w tym podmiocie, z powodu ukończenia 2. miesiąca życia anulowano deklaracje 28 chłopców, w czterech przypadkach deklaracje złożono w innym POZ, zaś w trzech – nie było informacji o miejscu złożenia nowej deklaracji.

(akta kontroli tom I str. 155-156)

Spośród 180 zadeklarowanych pacjentów do położnej POZ u 41 nie zrealizowano żadnej wizyty patronażowej. W 38 sprawach deklaracje wyboru położnej POZ zostały złożone w Centrum po upływie dwóch miesięcy od daty urodzenia

dziecka. W pozostałych trzech deklaracje zostały złożone przed upływem wskazanego wyżej terminu i dzieci były objęte pomocą specjalistów.

(akta kontroli tom I str. 36-39, 146-150, 157-162, 207-231)

Rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ stanowi, że zadania położnej POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują: poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia; kształtowanie postaw rodzicielskich; profilaktykę chorób wieku rozwojowego. Zadania położnej w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych obejmują: planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad noworodkiem i niemowlęciem do 8. tygodnia życia; przygotowanie oraz wspieranie rodziny w opiece nad noworodkiem, niemowlęciem i kobietą. Zadania w zakresie świadczeń diagnostycznych obejmują: przeprowadzanie wywiadu środowiskowego lub rodzinnego; zwracanie uwagi na relację rodziny z noworodkiem i niemowlęciem do 2. miesiąca życia; monitorowanie rozwoju noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia; jego obserwację i ocenę rozwoju oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego; wykonywanie pomiarów u noworodka oraz ocenę tych pomiarów.

Zgodnie z częścią II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, realizowane przez położną POZ świadczenia gwarantowane obejmują m.in. wizytę patronażową.

W dniu 10 czerwca 2025 r., tj. w trakcie kontroli NIK położna POZ sporządziła notatkę służbową, z której wynikało m.in., że:

- w jednej sprawie – cztery wizyty patronażowe zostały przeprowadzone przez położną z innej placówki³³,

- w dwóch sprawach, domniemywała, że wizyty patronażowe zostały wykonane przez inną położną POZ, gdyż nie otrzymała żadnych zgłoszeń o urodzeniu dziecka w tych przypadkach.

W ww. trzech sprawach deklaracje wyboru położnej POZ zostały złożone w Centrum. W związku z tymi deklaracjami w latach 2022-2024 NFZ wypłacił Centrum z tytułu stawki kapitałowej kwotę 224,26 zł.

(akta kontroli tom I str. 36-39, 231-232, tom III str. 57-61)

W pierwszej z ww. spraw w Centrum deklaracja wyboru położnej POZ została złożona w dniu 29 listopada 2022 r., w związku z którą NFZ zapłacił w ramach stawki kapitałowej za każdy miesiąc 2023 r. (w tym za styczeń 2023 r.) i 2024 r. łącznie kwotę 66,12 zł. W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Sośnina” S.C. w Komborni deklarację wyboru położnej POZ złożono 23 listopada 2022 r. Położna w NZOZ „Sośnina” zrealizowała cztery wizyty patronażowe w dniach 23 i 30 listopada oraz 9 i 12 grudnia 2022 r. NFZ wypłacił temu podmiotowi stawkę kapitałową za grudzień 2022 r. i styczeń 2023 r. w wysokości 5,18 zł oraz za wykonane wizyty patronażowe w wysokości 128,84 zł.

Kierownik NZOZ „Sośnina” poinformował, że wyrobienie numeru PESEL wymaga czasu. By móc realizować wizyty patronażowe NFZ dopuszcza wpisanie do wersji elektronicznej deklaracji tzw. „PESELU zerowego”, a później uzupełnienie deklaracji o nadany numer PESEL. W tym przypadku przez nasze przeoczenie w deklaracji elektronicznej PESEL pozostał „zerowy”, a w takim przypadku NFZ wypłaca stawkę kapitałową za kolejne dwa miesiące a następnie taką deklarację odrzuca. W naszym systemie ta deklaracja ma adnotację NFZ: „deklaracja odrzucona – PESEL zerowy”.

³³ W trakcie rozmowy telefonicznej z matką dziecka i położną z innej placówki POZ.

(akta kontroli tom I str. 36-39, tom II str. 246-251, tom III str. 56)

Prezes wyjaśnił, że położna z NZOZ „Sośnina” wprowadziła deklarację wyboru położnej kiedy dziecko nie miało jeszcze nadanego numeru PESEL i nie uaktualniła deklaracji wyboru po otrzymaniu przez dziecko numeru PESEL. W związku z tym system informacyjny nie wycofał automatycznie deklaracji złożonej do położnej POZ w Centrum.

(akta kontroli tom II str. 773-774)

W latach objętych kontrolą położna POZ zrealizowała u 139 dzieci 644 wizyty patronażowe, z tego: w 2022 r. – u 27 – 134 wizyty, w 2023 r. – u 44 – 215 wizyt i w 2024 r. – u 68 – 295 wizyt. Liczba wizyt u poszczególnych dzieci wyniosła od jednej do sześciu. W 19 ze 138 przypadków ich liczba była niższa niż cztery (od jednej do trzech). W sprawach tych rodzice złożyli oświadczenia o rezygnacji z dalszych świadczeń lub w dokumentacji medycznej znajdowały się stosowne adnotacje położnej.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 146-150, 207-231)

Ze 180 dzieci:

- 41 nie skorzystało w ogóle w okresie objętym kontrolą z żadnych świadczeń położnej POZ, z tego w 2022 r. – 34, w 2023 r. – cztery i trzy – w 2024 r.,
- 112 zostało objętych pomocą specjalistów.

Położna oświadczyła, że od 1 maja 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. udzielała dzieciom świadczenia zdrowotne wyłącznie w formie wizyt patronażowych.

(akta kontroli tom I str. 132-145, 157-161, 207-231, tom II str. 245)

W kwestii procedury objęcia dzieci wizytą patronażową położna POZ oświadczyła, że podstawą objęcia noworodka opieką jest otrzymanie dokumentu *Zgłoszenie urodzenia dziecka w formie pisemnej, listem poleconym ze szpitala lub email, gdzie miał miejsce poród oraz złożenie przez rodzica/opiekuna prawnego Deklaracji wyboru położnej POZ. Następnie kontaktuje się – najczęściej telefonicznie – z rodzicami dziecka i umawia pierwszą wizytę patronażową w ustawowym terminie, w miejscu przebywania matki z dzieckiem, chyba że matka proponuje inny termin spotkania to umawia dogodny dla niej termin. W przypadku przedłużonej hospitalizacji dziecka odnotowuje ten fakt w dokumentacji i prosi matkę o niezwłoczne powiadomienie o opuszczeniu szpitala. W trakcie wizyty patronażowej dokonuje obserwacji stanu matki, dziecka i rodziny, dokonuje wpisu w Księżeczce zdrowia dziecka a także w dokumentacji papierowej i elektronicznej oraz wpisuje propozycje wizyt w tej księżeczce. Rejestracji na kolejne wizyty patronażowe dokonuje w terminarzu prowadzonym w systemie informatycznym, a kolejne wizyty patronażowe (w liczbie od trzech do sześciu) umawia według potrzeb matki i dziecka. W przypadku odmowy lub rezygnacji matki z przysługujących dziecku świadczeń zdrowotnych stosowną informację odnotowuje w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli tom I str. 18)

Analiza 60 dokumentacji dzieci objętych wizytami patronażowymi położnej wykazała, że przedstawione powyżej zasady były stosowane. W dokumentacji medycznej nie dokonywano zapisów dotyczących powiadamiania rodziców/opiekunów prawnych o możliwości przeprowadzenia wizyt patronażowych. Spośród 60 spraw w 51 przypadkach położna przeprowadziła od czterech do sześciu wizyt patronażowych. W pozostałych dziewięciu zrealizowała od jednej do trzech wizyt, z tego w sześciu dokumentacjach medycznych znajdowały się pisemne rezygnacje rodziców z dalszych świadczeń, zaś w trzech nie było takich dokumentów a jedynie adnotacje położnej. W jednej z nich dodatkowo znajdowała się informacja o objęciu opieką dziecka przez inną

położną a w drugiej – informacja o nieodbyciu się drugiej wizyty z powodu nieobecności rodziców dziecka i braku kontaktu z nimi. W sprawie tej, według rozmowy z pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, została wszczęta procedura powiadomienia sądu o zaistniałej sytuacji.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85)

Na pytanie odnośnie braku pisemnych oświadczeń o rezygnacji z dalszych wizyt patronażowych położnej, Prezes wyjaśnił, że *w dwóch sprawach rezygnację rodzica położna otrzymała podczas rozmowy telefonicznej i odnotowała ten fakt w papierowej dokumentacji medycznej. Dodatkowo ustnie zgłosiła to lekarzowi POZ. Trzecia sytuacja polegała na przepisaniu dziecka w trakcie rozpoczętej opieki nad nim do innej położnej – poprzez złożenie nowej deklaracji wyboru, na co dowodem jest informacja w systemie informatycznym mMedica wskazująca podmiot do którego przepisano dziecko.*

(akta kontroli tom I str. 200-206)

W 19 spośród 60 spraw pierwsza wizyta patronażowa położnej POZ została przeprowadzona w terminie dłuższym niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko, który został określony w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W sprawach tych pierwsze wizyty położna wykonała odpowiednio w terminach: od trzeciego do 23 dnia od wyjścia ze szpitala, od szóstej do 30 doby życia i od trzeciego do ósmego dnia od zgłoszenia położnej. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Spośród 19 ww. spraw w dwóch – zgłoszenia położnej zostały złożone w piątek, a pierwsze wizyty odbyły się w pierwszym dniu roboczym, tj. w poniedziałek. W pozostałych 41 sprawach pierwsze wizyty patronażowe odbyły się z zachowaniem terminów określonych w cytowanych powyżej przepisach.

(akta kontroli tom I str. 19-35)

W 40 z 60 spraw wizyty patronażowe miały miejsce do 6. tygodnia życia dziecka. W 20 – odbyły się także w 7. (łącznie 19 wizyt) i w 8. tygodniu życia dziecka (trzy).

(akta kontroli tom I str. 19-35)

Zgodnie z warunkami realizacji wizyt patronażowych, określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, kolejne wizyty patronażowe winny odbyć się pomiędzy 1. a 6. tygodniem życia dziecka. Prezes wyjaśnił, że *rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki POZ określa, że położna POZ sprawuje opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia przez niego 2. miesiąca życia. Dlatego też, w uzasadnionych przypadkach (losowych, zdrowotnych, na wniosek rodzica itp.), wizyty odbyły między 6. a 8. tygodniem życia dziecka. Przy czym należy zaznaczyć, że były to ostatnie wizyty, a nie pierwszorazowe z przysługujących dziecku i matce. Wizyty wykonywane w 7. i 8. tygodniu życia stanowiły ciągłość kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, więc ich przeprowadzenie miało cel dobro dziecka i bieżące potrzeby danej rodziny.*

(akta kontroli tom I str. 200-206, tom II str. 773-774)

Wszystkie wizyty patronażowe zostały przeprowadzone w terminach nieprzekraczających dwóch miesięcy życia każdego dziecka.

W żadnej z *Kart opieki nad noworodkiem* nie było informacji, czy wizyty patronażowe odbyły się w miejscu zamieszkania dziecka.

(akta kontroli tom I str. 19-35)

Zgodnie z warunkami realizacji wizyt patronażowych, określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, winny one być wykonywane w domu dziecka.

Prezes wyjaśnił, że *informacja o miejscu odbywania wizyt patronażowych nie była odnotowana w Kartach opieki nad noworodkiem ze względu na oczywistość tego faktu. Potwierdzeniem odbywania patronaży noworodka i niemowlęcia w miejscu zamieszkania dziecka są zapisy w terminarzu programu mMedica wprowadzane podczas rejestracji jako „wizyta domowa”.*

W Planach wizyt położonej nie odnotowano ośmiu wizyt u ośmiorga dzieci, z których trzy wykonała położna POZ a pięć osoba ją zastępująca. Ponadto jedna z wizyt położnej wskazana w Karcie opieki nad noworodkiem prowadzonej przez położną POZ została wpisana w planie pod inną datą.

(akta kontroli tom I str. 200-206, tom II str. 262-263, 276-277, 282-386)

Dokumentacja medyczna pacjentów zawierała informacje dotyczące przeprowadzonych badań (np. dane z wywiadu i badania fizykalnego). Informacje te dotyczyły m.in. temperatury i masy ciała, czynności serca i czynności oddechowej, oddawania stolca i moczu, odruchów noworodkowych, oceny zachowania dziecka, zabarwienia i stanu jego skóry oraz karmienia, ulewania pokarmu i wymiotów, stanu oczu, nosa, jamy ustnej i kikutu pępownicy, higieny ciała, kolek jelitowych, podawanych leków i witamin.

We wszystkich 60 analizowanych dokumentacjach medycznych dzieci z pierwszych wizyt patronażowych nie było informacji na temat: wprowadzenia postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem, wykonania pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej oraz profilaktyki zakażeń przedniego odcinka oka, o których mowa w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Kartach edukacji zdrowotnych położnic znajdowały się zapisy na temat m.in. laktacji i techniki karmienia piersią, pielęgnacji noworodka, kąpieli, przewijania i układania, udzielania pomocy dziecku.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85)

Prezes wyjaśnił, że *postępowanie umożliwiające tworzenie więzi matki z dzieckiem, a także ojca dziecka i pozostałych członków rodziny zawarte jest w całości w działaniach położnej podczas wizyt patronażowych, w szczególności poprzez instruktaż karmienia piersią, zasad pielęgnacji w tym kąpieli, prawidłowych sposobów przewijania, przytulania, masowania, nawiązywania kontaktu wzrokowego, noszenia dziecka oraz współuczestnictwa wszystkich członków rodziny w ww. czynnościach.*

(akta kontroli tom I str. 200-206)

W 22 analizowanych dokumentacjach medycznych wizyt patronażowych nie było informacji na temat: obserwacji i oceny rozwoju fizycznego dziecka w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, oceny relacji rodziny z noworodkiem, udzielenia porad w zakresie opieki socjalnej oraz identyfikowania czynników ryzyka w rodzinie, określonych w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych 38 informacje zawarte były w Karcie patronażowej noworodka i w Karcie opieki nad położnicą, wypełnionych w systemie mMedica.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85, tom II str. 252-261, 264-273, 278-283, 284-285, 381-382, 35-386, 393-394, 395-426, 427-432, 525-772)

W każdym przypadku podczas wizyt patronażowych byli obecni opiekunowie prawni lub faktyczni dzieci, którzy potwierdzili przeprowadzenie każdej wizyty patronażowej podpisami w dokumentacji medycznej.

Dokumentacja medyczna 13 dzieci prowadzona w formie papierowej, w *Karcie opieki nad noworodkiem*, nie zawierała informacji o warunkach wychowania i zamieszkania wskazanych w § 38 ust. 1 pkt 3 i ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*³⁴. Informacje takie zostały zamieszczone w 11 *Kartach opieki nad położnicą*, prowadzonych w formie papierowej lub w systemie mMedica i w pozostałej analizowanej dokumentacji 47 dzieci. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85, tom II str. 387-432)

U sześciorga dzieci, na podstawie umowy o świadczenie usług z dnia 30 grudnia 2022 r., osiem wizyt zostało przeprowadzonych przez inną osobę niż wskazana w deklaracji wyboru położna POZ, tj. przez specjalistę pielęgniarstwa neonatologicznego. Pozostałe wizyty przeprowadziła położna wskazana w deklaracjach wyboru.

(akta kontroli tom I str. 19-34)

W żadnej z dokumentacji medycznej nie stwierdzono zapisów na temat niewłaściwego traktowania dzieci czy niewłaściwego ich odżywiania.

W czterech z 60 objętych analizą dokumentacji medycznych położna wskazała na konieczność przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych, np. kardiologicznej, neurologopedycznej, fizjoterapeutycznej czy badania słuchu, zaś konsultacje takie zostały zrealizowane u 44 dzieci.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85, 157-161)

Zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji medycznej* dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w postaci elektronicznej. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej (§ 1 ust. 2 rozporządzenia), jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Zgodnie z § 1 ust. 3 rozporządzenia dokument prowadzony w jednej postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Dokumentacja medyczna położnej POZ była prowadzona zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej, tj. z naruszeniem przepisów rozporządzenia w *sprawie dokumentacji medycznej*, co zostało przedstawione w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Dokumentację medyczną lekarza POZ prowadzono wyłącznie w formie elektronicznej.

(akta kontroli tom I str. 76-85, 207-230, 529-556, 604, 615-618, tom II str. 56-66, 72-74, 90-93, 250-285, 379-772)

Dziewiętnaście spośród 102 deklaracji wyboru położnej POZ było kompletnie wypełnione i podpisanych przez wskazaną w deklaracji upoważnioną osobę. W pozostałych 83 przypadkach nie wskazano w deklaracjach danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci, zarówno ich imion i nazwisk, jak

³⁴ Dz.U. z 2024 r. poz. 798, ze zm. Dalej: rozporządzenie w *sprawie dokumentacji medycznej*.

i danych adresowych a dodatkowo jedna deklaracja nie została w ogóle podpisana. Zagadnienie to opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 19-39)

Wśród rodziców dzieci, którzy w czasie prowadzenia niniejszej kontroli zgłosili się na wizytę do Centrum, zostało przeprowadzone badanie ankietowe dotyczące świadczeń w ramach POZ. Kwestionariusz zawierał siedem pytań³⁵. Analiza 88 zebranych ankiet wykazała, że:

- wiedzę na temat badań bilansowych, w tym przesiewowych realizowanych przez lekarza POZ posiadało 80 ankietowanych (91 %), na temat porad patronażowych udzielanych przez lekarza POZ – 75 ankietowanych (85 %), na temat wizyt patronażowych i testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki POZ – 72 ankietowanych (82 %) oraz wizyt patronażowych przeprowadzanych przez położną POZ – 78 ankietowanych (89 %),
- w 43 ankietach (49 %) wskazano, że wiedza na temat tych świadczeń dotyczyła terminów ich wykonania, w 61 ankietach (69 %) – zakresu oraz w jednej ankiecie (1 %) – innych spraw (źródło pozyskania wiedzy: od lekarza rodzinnego – podało 67 osób, z ulotek i plakatów w przychodni – 21 osób, z mediów – 14 osób oraz z innych źródeł – osiem),
- w 76 ankietach (86 %) wskazano, że Centrum informowało o świadczeniach gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe i zasadach ich udzielania, 24 ankietowanych podało, w jaki sposób informacje te przekazano (poprzez wpisy w książeczce zdrowia, informacje na tablicach ogłoszeń, rozmowy podczas wizyt lekarskich, rozmowy telefoniczne i wiadomości sms, przy zapisywaniu dzieci do Eskulap),
- 80 ankietowanych (91 %) wskazało, że wyniki badań/świadczeń zostały wpisane do książeczki zdrowia dziecka, zaś sześcioro (7 %) – że takich wyników nie wpisano (25 ankietowanych – 28 % podało, że nie wpisano wyników badań/świadczeń z powodu braku książeczki zdrowia, zaś dwoje – 2 % – lekarze nie wpisali ich),
- w 37 ankietach (42 %) wskazano na potrzebę wprowadzenia elektronicznej książeczki zdrowia dziecka zamiast dotychczasowej, mającej formę papierową (wśród korzyści wynikających z takiej zmiany wymieniono: łatwy i szybszy dostęp, brak dużej liczby dokumentów, mniej papierów do wypełniania, rodzic nie musi pamiętać o książeczce bo jest ona u lekarza, informacje są skumulowane w jednym systemie elektronicznym, brak możliwości zniszczenia i zgubienia, trwałość danych, większa wygoda).

³⁵ 1. Czy ma Pani/Pan wiedzę na temat świadczeń gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe? a) Badanie bilansowe, w tym przesiewowe lekarza POZ, b) Porada patronażowa lekarza POZ, c) Wizyta patronażowa i testy przesiewowe pielęgniarki POZ, d) Wizyta patronażowa położnej POZ (tak, nie); 2. Czego dotyczyła ta wiedza? a) Terminów świadczeń, b) Zakresu świadczeń, c) Innych spraw (jakich?); 3. Skąd wiedza ta pochodziła? a) Od lekarza rodzinnego, b) Z mediów, c) Z ulotek i plakatów w przychodni, d) Z innych źródeł (jakich?); 4. Czy placówka POZ, do której zapisane jest Pani/Pana dziecko informowała o świadczeniach gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe i zasadach ich udzielania? (tak – jakich?, w jaki sposób?, nie); 5. Czy wszystkie wyniki ww. badań/świadczeń zostały wpisane do książeczki zdrowia Pani/Pana dziecka? (tak, nie); 6. W przypadku, gdy wyniki badań/świadczeń nie zostały wpisane do książeczki zdrowia Pani/Pana dziecka jakie były tego przyczyny? a) Brak książeczki, b) Niewpisanie wyników przez lekarza, pielęgniarkę, położną, c) Brak wiedzy, d) Inne przyczyny; 7. Czy zdaniem Pani/Pana zasadnym byłoby wprowadzenie elektronicznej książeczki zdrowia dziecka zamiast dotychczasowej, mającej formę papierową, a jeżeli tak to dlaczego? (tak – wskazać korzyści, nie).

1.4. Przepis art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o poz stanowi, że zadania z zakresu POZ realizuje zespół POZ, w skład którego wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Zespół ten, w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną (stosownie do przepisu art. 17 tej ustawy). Współpraca polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

Na pytanie, czy Eskulap podejmował współpracę z pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania lub higienistkami szkolnymi dotyczącą profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, a jeżeli nie to dlaczego, Prezes wyjaśnił, że: *w latach 2022-2024 Centrum współpracowało z pielęgniarkami środowiska nauczania przy opiece nad pacjentami zadeklarowanymi do lekarzy POZ Eskulap. W wyniku tej współpracy realizowane były wszystkie bilanse dzieci zainicjowane przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną (pod warunkiem, że rodzice wraz z dzieckiem i kartą bilansową założoną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zgłosili się na wizytę). W trakcie bilansu, ze szczególną uwagą oceniane były wszystkie nieprawidłowości w stanie zdrowia ucznia zauważone przez pielęgniarkę szkolną, a dziecko w razie potrzeby było kierowane do dalszej diagnostyki, leczenia lub rehabilitacji – w odpowiednich poradniach specjalistycznych, a jeżeli było to uzasadnione i możliwe, obejmowane procesem leczenia w przychodni POZ prowadzonej przez Eskulap. Informacja zwrotna była wpisywana do karty bilansowej, która następnie była przekazywana przez ucznia do gabinetu pielęgniarki szkolnej. Nie zdarzyło się, żeby w latach 2022-2024 pielęgniarka szkolna zgłosiła poprzez informację na karcie bilansowej lub inaczej np. przez kontakt telefoniczny z lekarzem POZ podejrzenie złego traktowania lub używania przemocy w rodzinie ucznia.*

(akta kontroli tom I str. 12-17)

W kontroli, oprócz wyjaśnień, nie przedstawiono dowodów potwierdzających współpracę, o której mowa w art. 17 ustawy o poz.

Ponadto Prezes wyjaśnił, że: *pracownicy Centrum nie brali udziału w posiedzeniach gminnych zespołów interdyscyplinarnych ds. przemocy domowej, ponieważ żadna gmina nie zaprosiła ich do wzięcia udziału w takim posiedzeniu.*

(akta kontroli tom I str. 12-17)

1.5. Przepis art. 23 ust. 1 i 2 ustawy o poz stanowi, że świadczeniodawcy są obowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu POZ w zakresie: dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej; zarządzania i organizacji ich udzielania oraz uzyskania efektu zdrowotnego.

Na pytanie, czy w Centrum monitorowano jakość profilaktyki prowadzonej dla dzieci i młodzieży w ramach POZ w ww. zakresie, a jeżeli nie to dlaczego, Prezes wyjaśnił, że: *w latach 2022-2024 Eskulap monitorował jakość profilaktyki prowadzonej dla dzieci i młodzieży w ustalonym zakresie. Działania takie jak np. ocena terminowości świadczeń czy analiza wyników prowadzonych bilansów zdrowia dzieci i młodzieży realizowane były głównie w trybie roboczym podczas wizyt lekarskich, pielęgniarskich (położnej) czy podczas procesu rejestracji pacjenta. Ww. czynności były następnie omawiane na nieformalnych spotkaniach zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego (z udziałem położnej). Brak było jednak, w tym zakresie*

kompleksowych działań Przychodni, ze względu na niedobór zasobów (kadrowych, finansowych, know-how) do metodycznej realizacji ww. zadań.

(akta kontroli tom I str. 12-17)

W kontroli nie przedstawiono dowodów potwierdzających wykonanie obowiązku monitorowania, o którym mowa w przepisie art. 23 ust. 1 i 2 ustawy o poz.

Ponadto Prezes wyjaśnił, że w dniu 28 czerwca 2024 r. został wdrożony wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Zarząd Przychodni skierował także w tym roku jednego pracownika na podyplomowe studia pn.: „Systemowe zarządzanie jakością w ochronie zdrowia”. Ponadto, złożony został wniosek do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) o udział Przychodni w programie „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów akredytacyjnych”. Porozumienie zawarte z CMJ określa planowane działania, których celem jest wdrożenie standardów, ogłoszonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie POZ. Faktyczne czynności wskazane w porozumieniu z CMJ rozpoczynają się w maju 2025 r. i mają zakończyć się w I kwartale 2026 r. – przeglądem akredytacyjnym.

(akta kontroli tom I str. 12-17)

Z ustaleń kontroli wynika, że w placówce w sposób niewystarczający monitorowano jakość profilaktyki dla dzieci i młodzieży w ramach POZ. Potwierdzeniem tego jest nieobjęcie profilaktycznymi świadczeniami gwarantowanymi przez lekarza i pielęgniarkę POZ większości uprawnionych a także udzielanie świadczeń profilaktycznych niezgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

1.6. W latach 2022-2024, w związku z realizacją profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży do 19. roku życia w ramach POZ, Centrum otrzymało z Oddziału NFZ, odpowiednio:

- w ramach stawki kapitałowej za świadczenia lekarzy POZ, odpowiednio: 478 951,64 zł, 609 851,06 zł, 676 303,18 zł,
- w ramach stawki kapitałowej za świadczenia pielęgniarek POZ, odpowiednio: 5 821,72 zł, 15 856,90 zł, 6 963,26 zł,
- w ramach stawki kapitałowej za świadczenia położnych POZ i dodatkowo za przeprowadzone wizyty patronażowe położnych, odpowiednio: w ramach stawki kapitałowej 216,84 zł, 1 447,82 zł, 2 929,95 zł i dodatkowo: 3 840,50 zł za 120 wizyt, 6 622,97 zł za 199 wizyt, 11 250,16 zł za 320 wizyt.

Wysokość środków otrzymanych z NFZ w poszczególnych latach objętych kontrolą w związku z profilaktyczną opieką zdrowotną dzieci i młodzieży do 19. roku życia w ramach POZ, które w okresie objętym kontrolą nie skorzystały z żadnych ww. świadczeń:

- lekarza POZ wynosiła odpowiednio: 4 916,10 zł, 6 153,51 zł, 9 116 zł lub korzystały z nich sporadycznie do trzech razy: 16 072,17 zł, 19 645,28 zł, 33 562,03 zł,
- pielęgniarki POZ – 3 550,34 zł, 21 075,44 zł, 34 800,34 zł,
- położnej POZ – 41,44 zł, 616,06 zł, 1 105,44 zł.

(akta kontroli tom III str. 62-73)

W latach 2022-2024, mimo obowiązku wynikającego z § 6 ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie informacji, Eskulap nie przekazywał do NFZ

informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy. Zagadnienie to opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str.12-17)

W sprawozdaniach miesięcznych sporządzonych za lata 2022-2024, przekazanych do Podkarpackiego Oddziału NFZ, jako świadczenia pielęgniarki POZ, w pozycji według kodu świadczenia 100211 – *Liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe* wykazano 0. Nie raportowano do NFZ także danych o wizytach patronażowych pielęgniarek POZ.

Informacje o pozostałych świadczeniach lekarza POZ oraz położnej POZ przekazywane były do NFZ komunikatem SWIAD.

Spośród zbadanej próby 78 dokumentacji medycznych lekarza POZ i 60 dokumentacji położnej POZ nie zaraportowano do NFZ sześciu badań bilansowych pięciorga dzieci, dwóch porad patronażowych dwojga dzieci i trzech wizyt patronażowych trojga dzieci, co było niezgodne z przepisami § 6 ust. 1 pkt. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie informacji a także zarządzeniami Prezesa NFZ. W pozostałych sprawach świadczenia zostały zaraportowane prawidłowo.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 163-198, 425-528, 557-603, tom II str. 3-35, 48-50, 52-55, 84-87, tom III str. 74)

W dwóch sprawach pierwsze porady patronażowe lekarzy POZ po urodzeniu dzieci zostały zaklasyfikowane jako bilanse zdrowia z rozpoznaniem głównym ZO3 – *Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne* i rozpoznaniem dodatkowym Z10 - *Rutynowa ogólna kontrola stanu zdrowia określonych grup ludności*.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że *nazwanie badania profilaktycznego jako badanie patronażowe lub bilansowe nie wpływa na zakres badania i ocenę stanu zdrowia dziecka oraz nie jest istotną informacją medyczną*.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

Mimo obowiązku przekazywania pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zawartego w przepisie art. 30 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 7 ust. 1 ustawy o statystyce publicznej, wartości liczbowe dotyczące zrealizowanych profilaktycznych świadczeń gwarantowanych wykazane przez Eskulap w Sprawozdaniach MZ-11 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej różniły się od pozyskanych w trakcie kontroli NIK oraz wynikających z przeanalizowanych prób. Zagadnienie to zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 47-51, 146-150, 207-231, 290-409, 425-528, 619-638, tom II str. 3-35, 98-230, tom III str. 3-54)

Na pytanie jakie dane źródłowe zostały wykorzystane do raportowania w latach 2022-2024 informacji o zrealizowanych świadczeniach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ wykazanych w sprawozdaniach miesięcznych, sprawozdaniach MZ-11 i raportowanych komunikatem SWIAD oraz czy Eskulap dysponuje zestawieniami albo zbiorczymi dokumentami źródłowymi w tym zakresie, Prezes wyjaśnił, że *placówka korzysta z aplikacji medycznej mMedica i co do zasady za jej pośrednictwem ewidencjonuje i raportuje wszystkie świadczenia. Dane te stanowią podstawę elektronicznej dokumentacji medycznej, gdzie dokumentami źródłowymi są kartoteki poszczególnych pacjentów (w nich historie wizyt, wyniki badań itd.). Wszelkie zestawienia i raporty stanowiące pochodną*

kartotek są w przypadku zaistnienia takiej potrzeby generowane na bieżąco jako „wyciąg” z bazy danych.

(akta kontroli tom III str. 75-82)

W Eskulap nie było tzw. pustych kart uodpornienia, tj. kart dzieci przekazanych przez szpitale, których rodzice nie zgłosili się w celu złożenia deklaracji w danej placówce co do objęcia podstawową opieką zdrowotną.

(akta kontroli tom III str. 74)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Zgodnie z § 9 ust. 2 zarządzeń Prezesa NFZ z 2021 r. i z 2022 r. potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Zgodnie zaś z § 4 ust. 1 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji medycznej* wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

1. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych*, porada patronażowa lekarza POZ w 1-4 tygodniu życia obejmuje: badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.

Spośród próby 13 spraw, w dokumentacji medycznej porad patronażowych lekarzy POZ w 1-4 tygodniu życia, które zostały zrealizowane u 11 dzieci nie było zapisów potwierdzających dokonanie oceny stanu neurologicznego, w dziewięciu – dodatkowo oceny żółtaczki, w trzech – badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych, a w dwóch – badania podmiotowego i przedmiotowego, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638)

Prezes wyjaśnił, że ocena żółtaczki była dokonywana przez lekarza w trakcie każdej wizyty patronażowej noworodka wg skali Kramera (wizualna ocena stopnia żółtaczki poszczególnych części ciała) o czym rodzic jest informowany ustnie. W razie podejrzenia nasilenia żółtaczki przekraczającego normy fizjologiczne dla dnia życia, w którym dziecko się znajduje, zawsze było wystawiane skierowanie na badanie laboratoryjne poziomu bilirubiny, co jest odnotowywane w kartotece oraz była umawiana wizyta kontrolna. Z powodu ograniczonego czasu wizyty patronażowej, badanie bilirubiny wizualne przy pomocy skali Kramera jeśli nie wskazywało na patologię wymagającą dalszej diagnostyki, mogło nie zostać odnotowane w kartotece. Ocena stanu neurologicznego oraz pełne badanie przedmiotowe noworodka z uwzględnieniem rozwoju fizycznego oraz badanie w kierunku wrodzonej dysplazji stawów biodrowych było wpisane do książeczki zdrowia dziecka. W dwóch sprawach pomiar obwodu głowy prawdopodobnie nie został wykonany przez niedopatrzenie lekarza. W jednej związane było to z potrzebą omówienia z rodzicem zasad diagnostyki i leczenia dietetycznego w związku z objawami nietolerancji pokarmowej na BMK prezentowane przez noworodka. W drugiej rodzice uchylają się od szczepień, zwykle wnoszą wiele uwag podczas omawiania kalendarza szczepień obowiązkowych, co wydłuża czas wizyty i wprowadza nerwową atmosferę. W programie mMedica w zakładce badania

profilaktyczne dzieci i młodzieży nie istnieje formularz dotyczący badania patronażowego noworodka dla lekarza POZ, w związku z czym udokumentowanie takiego badania w formie elektronicznej nie jest możliwe. W 2025 r. utworzono schemat badania przedmiotowego noworodka w systemie komputerowym, będący odwzorowaniem schematu badania zawartego w książeczce zdrowia dziecka, co daje możliwość zamieszczenia wszystkich informacji w kartotece dziecka.

(akta kontroli tom I str. 410-424, 607-618)

2. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych* badanie przesiewowe lekarza POZ w 2-6 miesiącu życia obejmuje m.in.: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: długości ciała, obwodu klatki piersiowej), przebytych schorzeń.

Z analizowanej próby pięciu spraw w dwóch przypadkach podczas badania przesiewowego lekarza POZ w 2-6 miesiącu życia nie dokonano pomiarów długości ciała i obwodu klatki piersiowej, a także nie zawarto informacji na temat przebytych schorzeń.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że *w pierwszej sprawie w kartotece widnieją wpisy o historii przebytych schorzeń u dziecka – „w pierwszej dobie obserwowano spadki saturacji i bezdechy” oraz „wrodzone zniekształcenie mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego”, w związku z czym dziecko zostało skierowane na konsultacje do poradni specjalistycznych. Pomiar długości ciała i obwodu klatki piersiowej prawdopodobnie nie zostały wykonane ze względu na ograniczony czas wizyty i złożoność problemów zdrowotnych z którymi dziecko się urodziło. W drugim przypadku wpis o przebytych schorzeniach widnieje jako: „okres poporodowy bez komplikacji”, czyli dziecko nie przebyło żadnych schorzeń. Pomiar długości ciała i obwodu klatki piersiowej prawdopodobnie nie zostały wykonane ze względu na ograniczony czas wizyty i konieczność omówienia profilaktyki rozwinięcia się alergii pokarmowej u dziecka ze względu na obciążony wywiad rodzinny – skaza białkowa u brata.*

(akta kontroli tom I str. 410-424)

W pierwszym przypadku informacje o przebytych schorzeniach wskazanych w wyjaśnieniu zostały podane jako dane z wywiadu podczas wizyty w dniu 10 października 2023 r. W zapisach dokumentacji medycznej z 6 grudnia 2023 r., 19 stycznia 2024 r. i 11 marca 2024 r. dotyczącej badania przesiewowego lekarza POZ w 2-6 miesiącu życia nie zawarto informacji w tym zakresie. W drugim przypadku informacje o braku przebytych schorzeń wskazane w wyjaśnieniu podane podczas wizyty w dniu 29 marca 2023 r., tj. w trzecim tygodniu życia dziecka pochodziły z wywiadu. W dokumentacji medycznej z 18 lipca 2023 r. i 14 września 2023 r. dotyczącej badania przesiewowego lekarza POZ w 2-6 miesiącu życia nie zawarto zapisów w tym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 532-556)

3. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych* badanie przesiewowe lekarza POZ w 9. miesiącu życia obejmuje m.in.: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: długości ciała, obwodu klatki piersiowej); ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień i przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.

Podczas dwóch (wszystkich) badań przesiewowych w 9. miesiącu życia lekarz POZ nie zmierzył długości ciała i obwodu klatki piersiowej, zaś dodatkowo

w jednych z nich nie ocenił wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień i nie przeprowadził testu rozwoju reakcji słuchowych.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że w jednym przypadku wizyta profilaktyczna została wykonana w marcu 2022 r., kiedy nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do książeczki zdrowia dziecka, a ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. W drugiej sprawie pomiar długości ciała i obwodu klatki piersiowej nie został wykonany z powodu ograniczonego czasu wizyty, konieczności omówienia z rodzicami zagadnień związanych z leczeniem specjalistycznym kardiologa.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

4. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie przesiewowe lekarza POZ w 12. miesiącu życia obejmuje m.in.: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: długości ciała, obwodu klatki piersiowej) i psychomotorycznego; ocenę wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień; przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych; ocenę obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu i pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Podczas trzech (wszystkich) badań przesiewowych w 12. miesiącu życia lekarz POZ nie dokonał pomiaru obwodu klatki piersiowej i ciśnienia tętniczego krwi. Ponadto w dwóch z nich nie zmierzył długości ciała, a w jednym – nie dokonał oceny rozwoju psychomotorycznego, wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień, obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu i nie przeprowadził testu rozwoju reakcji słuchowych.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że jedna wizyta profilaktyczna została wykonana we wrześniu 2022 r., kiedy nie były dostępne elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do książeczki zdrowia dziecka, a ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. W innych sprawach pomiar długości ciała i obwodu klatki piersiowej nie został wykonany z powodu ograniczonego czasu wizyty, dziecko w tym wieku najczęściej jeszcze nie stoi samodzielnie, w związku z tym pomiar za pomocą wzrostomierza jest niemożliwy do wykonania, a pomiar długości ciała na leżąco jest bardzo niedokładny. Pomiar wartości ciśnienia tętniczego w wieku 12 miesięcy najczęściej jest niemożliwy ze względu na niepokój i płacz dziecka podczas zakładania i napełniania mankieta do pomiaru ciśnienia.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

5. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w 2. roku życia obejmuje m.in.: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń; ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych

oraz ocenę rozwoju mowy; test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów; pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Badania bilansowe w 2. roku życia trojga z ośmiorga dzieci nie obejmowały: oceny rozwoju psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń, oceny wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień, oceny obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, testu rozwoju reakcji słuchowych oraz oceny rozwoju mowy, testu Hirschberga w kierunku wykrywania zezów a także pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. W dwóch z nich nie wykonano także pomiarów długości ciała i BMI. Ponadto w jednym innym niż ww. badaniu bilansowym nie oceniono przebytych schorzeń i nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi. W badaniach dwójga dzieci nie oceniono przebytych schorzeń i rozwoju mowy, a także nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Dodatkowo w jednym nie zrealizowano badania rozwoju psychomotorycznego, oceny obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, testu rozwoju reakcji słuchowych, testu Hirschberga w kierunku wykrywania zezów.

(akta kontroli tom I str. 425-528, tom II str. 3-35, 48-50, 52-55, 72-74)

Prezes wyjaśnił, że *trzy wizyty profilaktyczne zostały wykonane w 2022 i 2023 r. W tym okresie nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do książeczki zdrowia dziecka, a ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. Pomiar ciśnienia tętniczego u dziecka dwuletniego często jest niemożliwy ze względu na niepokój i płacz dziecka podczas zakładania i napełniania mankietu do pomiaru ciśnienia.*

(akta kontroli tom I str. 410-424)

Jednemu z dzieci, którego deklaracja wyboru lekarza POZ została złożona w dniu 21 grudnia 2023 r., lekarz POZ udzielił dwóch świadczeń w okresie od 19 września 2022 r. do 21 września 2022 r.

(akta kontroli tom II str. 3-35)

Prezes wyjaśnił, że *świadczenie udzielone dziecku w dniu 19 września 2022 r. było wizytą prywatną. Kolejna wizyta w dniu 21 września 2022 r., prawdopodobnie kontrolna, została błędnie zarejestrowana jako wizyta na NFZ (wskazanie w tym przypadku wizyty na NFZ dla osób niezadeklarowanych nie generuje zapłaty za świadczenie przez NFZ).*

(akta kontroli tom II str. 36-51)

6. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w 4. roku życia obejmuje m.in.: ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego, w tym określenie współczynnika masy BMI, psychomotorycznego i społecznego; przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; ocenę higieny jamy ustnej.

W pięciu (wszystkich) bilansach zdrowia w 4. roku życia lekarze POZ nie dokonali oceny obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, rozwoju psychomotorycznego i społecznego, nie przeprowadzili testu rozwoju reakcji słuchowych oraz oceny rozwoju mowy a także oceny higieny jamy ustnej. W jednym z ww. bilansów nie określono także BMI.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że wizyty profilaktyczne zostały wykonane w 2022 i 2023 r. W tym okresie czasu nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do książeczki zdrowia dziecka, a ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. Brak BMI – prawdopodobnie pomiary antropometryczne nie zostały wpisane do odpowiedniej zakładki w związku z tym system komputerowy nie wyliczył BMI.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

7. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w 5. roku życia obejmuje: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika BMI, psychomotorycznego i społecznego; pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

W jednym z analizowanych z czterech badań bilansowych w 5. roku życia nie wykonano pomiarów wzrostu i masy ciała i nie określono współczynnika BMI, nie oceniono rozwoju psychomotorycznego i społecznego, a także nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi. W innym badaniu nie było oceny rozwoju psychomotorycznego i społecznego, a jeszcze w innym – pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że jedna wizyta z dnia 21 września 2022 r. nie jest wizytą bilansową. Celem wizyty było wystawienie skierowania do Poradni Medycyny Sportowej. Oba typy wizyt (bilansowa i kwalifikacja do uprawiania sportu koduje się jako rozpoznanie główne Z10). W jednej sprawie wizyty profilaktyczne zostały wykonane w 2023 r. W tym okresie czasu nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do karty bilansowej wystawionej przez pielęgniarkę szkolną i ewentualnie do książeczki zdrowia dziecka, jeśli rodzic ją przyniósł, ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualnie odchylenia od normy. W dwóch sprawach pomiar ciśnienia prawdopodobnie nie został odnotowany przez niedopatrzenie.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

Wskazana w wyjaśnieniach wizyta z dnia 21 września 2022 r. została zaraportowana do Oddziału NFZ komunikatem SWIAD z produktem rozliczeniowym Bilans zdrowia 5.01.00.0000104.

(akta kontroli tom I str. 561)

8. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w rocznym obowiązkowym przygotowaniu przedszkolnym obejmuje m.in.: wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego; analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej; badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju psychomotorycznego, mowy, lateralizacji, układu ruchu, jamy ustnej, u chłopców – obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego; wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; wykrywanie zezów (Cover test, test Hirschberga), wykrywanie zaburzeń ostrości

wzroku; ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; pomiar ciśnienia tętniczego krwi; podsumowanie badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

W czterech (wszystkich) sprawach w ramach bilansów zdrowia w wieku 6-7 lat lekarze POZ nie przeprowadzili wywiadu z przedstawicielami ustawowymi albo opiekunami prawnymi lub faktycznymi dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; analizy informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego; badania przedmiotowego ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju psychomotorycznego, mowy, lateralizacji, układu ruchu, jamy ustnej; wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; wykrywania zezów (Cover test, test Hirschberga); wykrywania zaburzeń ostrości wzroku; oceny wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; nie przeprowadzili testu rozwoju reakcji słuchowych oraz oceny rozwoju mowy; oceny obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; podsumowania badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Dodatkowo w trzech z nich nie dokonali analizy innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej, w dwóch – nie wykonali pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w jednym – nie zbadali obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że dwie wizyty profilaktyczne zostały wykonane w 2022 i 2023 r., kiedy nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do karty bilansowej wystawionej przez pielęgniarkę szkolną i ewentualnie do książeczki zdrowia dziecka, jeśli rodzic ją przyniósł, ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. W dwóch przypadkach dziecko zgłosiło się na wizytę z powodu infekcji dróg oddechowych. Rodzic poprosił o wypełnienie karty bilansowej wydanej przez pielęgniarkę szkolną „przy okazji” bieżącej wizyty. Ze względu na ograniczony czas wizyty i brak możliwości umówienia badania bilansowego na inny termin (okres sezonu infekcyjnego, bardzo duża liczba chorych pacjentów oczekujących na wizytę) po zbadaniu dziecka nie wypełniono bilansu elektronicznego.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

9. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej obejmuje m.in.: wywiad od ucznia i przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej; badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny

rozwoju fizycznego, w tym określenie współczynnika masy ciała BMI, rozwoju psychospołecznego, dojrzewania płciowego, układu ruchu, tarczycy, jamy ustnej, skóry; wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku; pomiar ciśnienia tętniczego krwi; podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego i dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo z punktu widzenia przyszłego wyboru dalszego kształcenia lub pracy zawodowej.

W jednym bilansie, który został zbadany w ramach próby nie było wszystkich ww. badań i ocen.

(akta kontroli tom I str. 425-528)

Prezes wyjaśnił, że wizyta została wykonana w 2022 r. kiedy nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe. Ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

10. Zgodnie z częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych badanie bilansowe lekarza POZ w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia obejmuje m.in.: wywiad od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej; badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała BMI, rozwoju psychospołecznego, układu moczowo-płciowego i dojrzałości płciowej, układu ruchu, tarczycy, jamy ustnej, skóry; wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku; pomiar ciśnienia tętniczego krwi; podsumowanie wyników badania, z określeniem ewentualnego problemu zdrowotnego oraz sugestii i rad dotyczących dalszego kształcenia i wyboru zawodu, przyszłego rodzicielstwa, prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej.

W pięciu (wszystkich) badaniach bilansowych lekarzy POZ do ukończenia 19. roku życia nie było danych dotyczących wywiadu od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; analizy informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; analizy innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej, badania tarczycy; sugestii i rad dotyczących dalszego kształcenia i wyboru zawodu, przyszłego rodzicielstwa. Dodatkowo nie było informacji:

- w czterech z tych spraw w zakresie prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej,
- w trzech – dojrzałości płciowej i wykrywania zaburzeń ostrości wzroku,
- w dwóch – podsumowania wyników badania, z określeniem ewentualnego problemu zdrowotnego, oceny rozwoju psychospołecznego, układu moczowo-płciowego, układu ruchu, jamy ustnej, skóry,
- w jednej – badania przedmiotowego ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenia współczynnika masy ciała BMI oraz pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Prezes wyjaśnił, że *jedna wizyta profilaktyczna została wykonana w 2023 r., kiedy nie były dostępne w systemie komputerowym elektroniczne karty patronażowe/bilansowe, w związku z czym badanie przedmiotowe było wpisywane ręcznie do karty bilansowej wystawionej przez pielęgniarkę szkolną i ewentualnie do książeczki zdrowia dziecka, jeśli rodzic ją przyniósł, ze względu na ograniczony czas wizyty w kartotece dokumentowano tylko część badania i ewentualne odchylenia od normy. Jedna wizyta dotyczyła szczepienia, nie było wtedy wykonywane badanie bilansowe. Omyłkowo została zakodowana jako Z10 zamiast Z27. W trzech sprawach elektroniczna karta bilansowa nie została dokładnie wypełniona przez lekarzy z niewiadomej przyczyny (brak czasu, nieuwaga, rodzic zadający dużo pytań i rozpraszający lekarza podczas wypełniania bilansu).*

(akta kontroli tom I str. 410-424)

11. Zgodnie z warunkami realizacji wizyt patronażowych, określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, pierwsza wizyta patronażowa winna być przeprowadzona nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko.

W 17 spośród 60 spraw pierwsza wizyta patronażowa położnej POZ została przeprowadzona w terminie dłuższym niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. W sprawach tych pierwsze wizyty położna wykonała odpowiednio w terminach: od trzeciego do 23 dnia od wyjścia ze szpitala, od szóstej do 30 doby życia i od trzeciego do ósmego dnia od zgłoszenia położnej.

(akta kontroli tom I str. 19-35)

Prezes wyjaśnił, że *wizyta patronażowa położnej w domu matki i dziecka jest prawem świadczeniobiorcy (pacjenta), a nie jego obowiązkiem. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³⁶ (Rozdział XIV, punkt 8 „położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty, pierwsza odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka”). Rozdział XIII cz. 2, punkt 9 nakłada na szpital obowiązek przekazania do dnia wypisu dziecka zgłoszenia do położnej POZ. Informacja ta może pochodzić również od rodzica. Niemożliwością jest zrealizowanie patronażu bez informacji o urodzeniu dziecka bądź opuszczenia szpitala przez matkę z dzieckiem. Wyjaśniając kolejno:*

- *umówienie późniejszego terminu wizyty na życzenie matki w siedmiu sprawach (odnotowane w dokumentacji medycznej),*
 - *w dwóch sprawach patronaże zostały zrealizowane w dniu otrzymania zgłoszenia, a w jednej sprawie wizyta odbyła się 48 godzin od otrzymania zgłoszenia.*
- Pozostałe przypadki miały charakter losowych zdarzeń jak niemożność dodzwonienia się do matki.*

(akta kontroli tom I str. 200-206)

W jednej z siedmiu spraw, w których wskazano, że umówienie późniejszego terminu wizyty na życzenie matki zostało odnotowane w dokumentacji medycznej, nie było takiego zapisu.

W dwóch sprawach, w których w wyjaśnieniu Prezes wskazał, że patronaże zostały zrealizowane w dniu otrzymania zgłoszenia, Centrum otrzymało ze szpitala powiadomienie odpowiednio sześć i cztery dni przed pierwszą wizytą patronażową.

³⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

W jednej sprawie, w której w wyjaśnieniu Prezes wskazał, że wizyta odbyła się 48 godzin od otrzymania zgłoszenia, Centrum otrzymało zgłoszenie ze szpitala sześć dni przed pierwszą wizytą patronażową.

W pozostałych siedmiu sprawach w dokumentacjach medycznych nie było zapisów potwierdzających zdarzenia losowe, jak również niemożność dodzwonienia się do rodziców dziecka.

(akta kontroli tom I str. 20, 29-30, tom II str. 252-285, tom III str. 55-56)

12. Zgodnie z warunkami realizacji wizyt patronażowych, określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, pierwsza wizyta patronażowa winna obejmować m.in. wykonywanie pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej oraz profilaktykę zakażeń przedniego odcinka oka.

Rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ stanowi m.in., że zadania położnej w zakresie świadczeń diagnostycznych obejmują m.in. wykonywanie pomiarów u noworodka oraz ocenę tych pomiarów.

We wszystkich 60 analizowanych dokumentacjach medycznych z pierwszych wizyt patronażowych położnej POZ nie było informacji na temat: wykonania pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej oraz profilaktyki zakażeń przedniego odcinka oka.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85)

W zakresie przyczyn braku wykonywania pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej oraz profilaktyki zakażeń przedniego odcinka oka, Prezes wyjaśnił, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Rozdział XIII Opieka nad noworodkiem, 1. Opieka w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu), badanie noworodka, pomiary, nadzorowanie kontaktu skóra do skóry i pierwszego karmienia piersią, jak też profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka odbywa się bezpośrednio po urodzeniu dziecka, a więc w przypadku dzieci objętych opieką naszej położnej, w szpitalu. W dalszej części opieki profilaktycznej realizowanej już przez położną POZ, noworodki, a później niemowlęta są ważone, ich przyrosty masy ciała wnikliwie oceniane wg norm AAP oraz Wskaźników Skutecznego Karmienia Piersią, jako kluczowe dla oceny prawidłowego rozwoju dziecka, a następnie odnotowane w dokumentacji medycznej. Parametry takie jak wzrost, czy obwód klatki piersiowej mają charakter pomocniczy i są obarczone ryzykiem dużego błędu, stąd ich kolejne, każdorazowe wykonywanie na tym etapie rozwoju bez uzasadnionych przyczyn jest bezcelowe.

(akta kontroli tom I str. 200-206)

Zgodnie z częścią XIV Połóg rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu. Stosownie do ustępu 4, punkty 1, 5 oraz ust. 5 tej części, opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę: stanu ogólnego noworodka (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechu, oddawanie moczu i stolca); oczu (obrzęk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), a ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka jest odnotowana w dokumentacji medycznej. Według ust. 10 pkt 1, 2, 3, 4 i 8 podczas wizyt położna w szczególności: ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka; obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała; udziela porad na temat opieki nad noworodkiem i jego

pielęgnacji; ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka; udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka.

13. Zgodnie z warunkami realizacji wizyt patronażowych, określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych*, wizyty patronażowe prowadzone od 1-6 tygodnia życia winny obejmować m.in. obserwację i ocenę rozwoju fizycznego dziecka w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, ocenę relacji rodziny z noworodkiem, udzielanie porad w zakresie opieki socjalnej oraz identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie. Rozporządzenie *w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ* stanowi m.in., że zadania położnej w zakresie świadczeń diagnostycznych obejmują: przeprowadzanie wywiadu środowiskowego lub rodzinnego; zwracanie uwagi na relację rodziny z noworodkiem i niemowlęciem do 2. miesiąca życia; monitorowanie rozwoju noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia; jego obserwację i ocenę rozwoju oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego.

W 22 z 60 analizowanych dokumentacji medycznych wizyt patronażowych nie było informacji na temat: obserwacji i oceny rozwoju fizycznego dziecka w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, oceny relacji rodziny z noworodkiem, udzielenia porad w zakresie opieki socjalnej oraz identyfikowania czynników ryzyka w rodzinie. W ww. 22 sprawach w systemie mMedica nie założono *Karty patronażowej noworodka* i *Karty opieki nad położnicą*.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85, tom II str. 252-261, 264-273, 278-283, 284-285, 381-382, 35-386, 393-394, 395-426, 427-772)

Prezes wyjaśnił, że *podczas wszystkich wizyt patronażowych położna obserwowała i oceniała na bieżąco rozwój fizyczny dziecka, rozwój psychoruchowy, funkcjonowanie narządów zmysłów oraz relację rodziny z noworodkiem. Kryteria te zostały opisane w systemie komputerowym, w stosownej zakładce, jako „prawidłowe” lub „w normie”. Podczas wizyt patronażowych udzielano porad w zakresie opieki socjalnej w zależności od indywidualnej sytuacji danej rodziny ocenianej na podstawie obserwacji, wywiadu z rodzicami oraz oceny innych czynników ryzyka w rodzinie. Uzyskane informacje są odnotowywane w programie mMedica w zakładce „Opieka nad położnicą”.*

(akta kontroli tom I str. 200-206)

14. Historia zdrowia i choroby, według § 38 ust. 1 pkt 3 i ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji medycznej*, zawiera m.in. informacje dotyczące świadczeń położnej, w tym wizyt patronażowych, w szczególności uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach wychowania czy opis warunków zamieszkania.

Dokumentacja medyczna wizyt patronażowych położnej POZ dwojga dzieci nie zawierała informacji o warunkach wychowania i zamieszkania.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 76-85, tom II str. 387-432)

Prezes wyjaśnił, że *co do zasady dokumentacja medyczna położnej zawiera informację o warunkach socjalnych danej rodziny, zapisaną w formie papierowej, bądź w systemie medycznym mMedica w części dotyczącej noworodka lub położnicy – bezwzględnie w przypadkach odbiegających od norm określonych przepisami*

prawa i normami współżycia społecznego. W jednej sprawie rodzina korzystała z opieki położnej po raz kolejny, świadczenia u piątego dziecka, zaznaczenie warunków socjalnych miało miejsce przy poprzednich noworodkach.

W przypadku drugiej sprawy Prezes nie złożył wyjaśnień.

(akta kontroli tom I str. 200-206)

15. Zgodnie z przepisem art. 10 ust. 3 pkt 1 lit. i) oraz pkt 8 ustawy o poz deklaracja wyboru zawiera imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, adres jego miejsca zamieszkania i numer telefonu – w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona, podpis świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego. Stosownie do art. 10 ust. 4 pkt 1 ustawy świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu POZ jest obowiązany m.in. sprawdzić poprawność wypełnienia deklaracji.

Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1 zarządzeń Prezesa NFZ z 2021 r. i z 2022 r. świadczenia gwarantowane w zakresie POZ udzielane są w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza poz, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza poz.

Spośród 78 dzieci, których dokumentacja dotycząca świadczeń lekarza POZ była przedmiotem analizy deklaracji wyboru lekarza POZ 25 dzieci były niekompletne i nie zawierały danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci, a jedna – danych lekarza POZ. W trakcie kontroli nie przedstawiono deklaracji wyboru lekarza POZ trojga dzieci.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 613-614, 619-638, tom II str. 3-35)

Prezes wyjaśnił, że *niekompletne deklaracje zostały przyjęte z powodu niedopełnienia należytej staranności. Prawdopodobną przyczyną tego stanu rzeczy było przeciążenie personelu obowiązkami. Biorąc pod uwagę ilość dokumentacji, którą zajmują się codziennie pielęgniarki i rejestratorki, mogło się zdarzyć, że niektóre braki w deklaracjach mogły zostać niezauważone w momencie przyjmowania deklaracji. Trzech deklaracji nie odnaleziono z powodów nieznanych. W związku z powyższymi ustaleniami, wprowadzamy w przychodni zmianę organizacji przyjmowanych deklaracji. Nowe deklaracje (wydruki deklaracji elektronicznych i wersje papierowe po podpisaniu przez pacjenta/opiekuna prawnego) będą parafowane przez pielęgniarkę/rejestratorkę przyjmującą dokument od nowych pacjentów oraz dodatkowo skanowane i umieszczane w systemie mMedica jako załącznik do dokumentacji medycznej pacjenta.*

(akta kontroli tom I str. 410-424, 607-618, tom II str. 36-51)

Deklaracje wyboru pielęgniarki POZ 78 dzieci ze 124 wybranych do analizy zostały nieprawidłowo wypełnione:

- w jednej deklaracji nie wpisano numeru PESEL dziecka,
- w 74 deklaracjach nie wskazano danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci,
- jedna deklaracja nie została w ogóle podpisana,
- jedna deklaracja została podpisana przez inną osobę niż wskazany przedstawiciel ustawowy,
- 13 deklaracji podpisano nieczytelnie.

(akta kontroli tom I str. 40-46)

Prezes wyjaśnił, że *deklaracja wyboru jest oświadczeniem woli rodzica lub osoby dorosłej i zawiera (poza wersją elektroniczną) papierowy zapis danych osobowych dziecka i jego rodzica (opiekuna). Niezależnie od ww. tożsamość rodzica jest*

potwierdzana w momencie przyjmowania deklaracji zgodnie ze stosownym dokumentem tożsamości i dodatkowo poprzez informację o urodzeniu noworodka wystawianą przez szpital, w którym miał miejsce poród. Informacje te są wprowadzane do systemu informatycznego mMedica. Oczywiście jest, że przy dużej liczbie przyjmowanych deklaracji, mogą zdarzyć się deklaracje niekompletne co oczywiście nie powinno mieć miejsca. Nie zmienia to jednak faktu, że tożsamość osób jest potwierdzona i braki formalne w tym zakresie nie rzutują na jakość opieki i zasadność świadczeń.

(akta kontroli tom I str. 200-206)

Deklaracje wyboru położnej POZ 83 ze 102 dzieci były nieprawidłowo wypełnione. Nie wskazano w nich danych dotyczących przedstawicieli ustawowych dzieci, zarówno ich imion i nazwisk, jak i danych adresowych a dodatkowo jedna deklaracja nie została w ogóle podpisana.

(akta kontroli tom I str. 19-39)

Prezes wyjaśnił, że deklaracja wyboru położnej POZ jest oświadczeniem woli rodzica lub osoby dorosłej i zawiera (poza wersją elektroniczną) papierowy zapis danych osobowych dziecka i jego rodzica (opiekuna). Niezależnie od ww. tożsamość rodzica jest potwierdzana w momencie przyjmowania deklaracji zgodnie ze stosownym dokumentem tożsamości i dodatkowo poprzez informację o urodzeniu noworodka wystawianą przez szpital w którym miał miejsce poród. Informacje te są wprowadzane do systemu informatycznego mMedica. Oczywiście jest, że przy dużej liczbie przyjmowanych deklaracji, mogą zdarzyć się deklaracje niekompletne co oczywiście nie powinno mieć miejsca. Nie zmienia to jednak faktu, że tożsamość osób jest potwierdzona i braki formalne w tym zakresie nie rzutują na jakość opieki i zasadność świadczeń.

(akta kontroli tom I str. 200-206)

16. Zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w postaci elektronicznej. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej (§ 1 ust. 2 rozporządzenia), jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Zgodnie z § 1 ust. 3 rozporządzenia dokument prowadzony w jednej postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

W latach 2022-2024 dokumentacja medyczna położnej POZ była prowadzona zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej.

(akta kontroli tom I str. 76-85, 207-230, tom II str. 250-285, 379-772)

Prezes wyjaśnił, że prowadzenie dokumentacji w formie papierowej i następnie wprowadzanie tych informacji do systemu komputerowego wynika ze specyfiki pracy położnej oraz potrzebie zachowania łatwej dostępności z tej dokumentacji dla pozostałego personelu np. lekarzy. Dokumenty źródłowe w formie papierowej sporządzane są w trakcie wizyt domowych, a dodatkowo dla niektórych dokumentów wymagany jest własnoręczny podpis matki. Zaznaczył, że warunkiem koniecznym do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej jest internetowe połączenie VPN z serwerem przychodni, co nie zawsze jest możliwe ze względu na brak zasięgu, a z reguły jest problematyczne ze względu na niestabilne łącze mobilne laptopa. Ponadto, niektóre dokumenty nie istnieją w formie EDM np. karta edukacji i musi być skanowana do kartoteki.

(akta kontroli tom I str. 410-424)

17. Zgodnie § 6 ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie informacji w przypadku świadczeń lekarza POZ świadczeniodawcy przekazują dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia, w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru u tego świadczeniodawcy. Dane te obejmują m.in. informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

W latach 2022-2024 Eskulap nie przekazywał do NFZ informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorców.

Prezes wyjaśnił, że w latach 2022-2024 dane o masie ciała i wzroście pacjenta nie były przekazywane do Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie. Podstawowym powodem był brak możliwości technicznych, tj. program do obsługi POZ w Przychodni, nie posiadał funkcjonalności wydzielonego (wg osobnego kodu) ewidencjonowania tych pomiarów w trakcie wizyty lekarskiej, a w związku z tym również automatycznego generowania raportów, które można byłoby przekazać do Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie. Ponadto, biorąc pod uwagę czasochłonność procesu pomiaru, „ręcznego” ewidencjonowania i przekazywania danych przy pełnym obciążeniu pracą i realnym braku bezwzględnej potrzeby pomiaru przy realizacji wizyty z każdego zakresu - pozyskanie tych zmiennych często „nic nie wnosi”, a pochłania czas potrzebny do realizacji głównych celów wizyty. Niemowlęta i dzieci starsze, były mierzone i ważone bezwzględnie podczas wizyt patronażowych i bilansów zdrowia, a także dodatkowo podczas prawie każdej wizyty związanej z procesem leczenia w gabinecie lekarza POZ – ze względu na potrzebę dostosowania dawek leków do masy ciała dziecka. Wzrost niemowląt najczęściej nie był mierzony ze względu na to, że pomiar tego parametru u dziecka poniżej roku, który nie stoi samodzielnie poprzez mierzenie długości ciała centymetrem po krzywiznach ciała ma charakter tylko orientacyjny i nie jest miarodajny do monitorowania procesu wzrastania. Dzieci powyżej jednego roku, które nie podlegały jeszcze obowiązkowi szkolnemu, były ważone i mierzone w trakcie badań bilansowych (pod warunkiem, że rodzice zgłosili się z dzieckiem w terminie przewidzianym na bilans dziecka). Pomiary masy ciała były również dokonywane w trakcie innych wizyt, przeprowadzanych w gabinecie lekarza POZ, gdy zachodziła konieczność dostosowania dawki leku do masy ciała. Dzieci, w wieku szkolnym były mierzone i ważone podczas wizyt bilansowych inicjowanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną poprzez wystawienie karty bilansowej.

(akta kontroli tom I str.12-17)

18. Przepis § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie informacji stanowi, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie POZ, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują Funduszowi dane dotyczące udzielonych świadczeń przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ oraz położną POZ. Stosownie do § 11 ust. 1 ww. rozporządzenia świadczeniodawcy przekazują dane dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

Przepis § 10 pkt 1 zarządzenia Prezesa NFZ z 2022 r.³⁷ stanowi, że świadczeniodawca obowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem

³⁷ Świadczeniodawca obowiązany jest prowadzić i przekazywać elektronicznie sprawozdawczość z realizacji świadczeń, w oparciu o obowiązujące definicje komunikatów XML – § 9 ust. 10 zarządzenia Prezesa NFZ z 2021 r.

rozliczenia realizacji umowy następujących informacji w zakresach świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, odpowiednio do przedmiotu umowy:

- a) informacji zawierającej każdorazowo aktualne dane, w formie list, o wszystkich świadczeniobiorcach, objętych opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
- b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy.

Porównanie 78 dokumentacji medycznych lekarza POZ objętych analizą z zaraportowanymi informacjami w tym zakresie wykazało, że nie zaraportowano:

- sześciu badań bilansowych pięciorga dzieci, odpowiednio z dnia 1 kwietnia 2022 r., 26 marca 2024 r., 26 kwietnia 2024 r., 6 czerwca 2024 r., 5 września 2024 r. i 26 listopada 2024 r. Jako rozpoznanie w jednym z nich wskazano Z27 – *Potrzeba szczepień profilaktycznych skojarzonych przeciwko kilku chorobom*, a w innym L20 – *Atopowe zapalenie skóry* i Z10 – *Rutynowa ogólna kontrola stanu zdrowia określonych grup ludności*,
- dwóch porad patronażowych dwojga dzieci, odpowiednio z dnia 29 marca 2023 r. i 10 października 2023 r.

Spośród 60 dokumentacji położnej POZ objętych analizą nie zaraportowano trzech wizyt patronażowych trojga dzieci, odpowiednio z dnia 3 kwietnia 2023 r., 30 października 2023 r. i 16 sierpnia 2024 r.

(akta kontroli tom I str. 19-35, 163-198, 425-528, 557-603, tom II str. 3-35, 48-50, 52-55, 84-87, tom III str. 74)

Odnośnie badań bilansowych Prezes wyjaśnił, że *bilanse nie były zaraportowane do NFZ, ponieważ podczas wizyty nie wpisano rozpoznania głównego Z10, które generuje rozliczenie wizyty jako bilansu – tym samym taka informacja nie została przekazana do NFZ. Wpisano inne kody, ponieważ w trakcie wizyt udzielano także innych świadczeń oprócz badań bilansowych i zostały one uznane jako nadrzędne i zaewidencjonowane jako główne.*

Odnośnie porad patronażowych lekarza POZ oraz wizyt patronażowych położnych Prezes wyjaśnił, że *badania te nie posiadają wersji elektronicznej dlatego też nie zostały zaraportowane do NFZ w formie elektronicznej.*

(akta kontroli tom II str. 36-51, tom III str. 75-82)

19. Zgodnie z przepisem art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy *o statystyce publicznej*, w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy jeżeli badanie statystyczne jest prowadzone na zasadzie obowiązku, respondenci są obowiązani do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem, w formie, postaci i terminach określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej.

Wartości liczbowe dotyczące zrealizowanych profilaktycznych świadczeń gwarantowanych wykazane w Sprawozdaniach MZ-11 *o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej* różniły się od pozyskanych w trakcie kontroli NIK oraz wynikających z przeanalizowanych prób, i przedstawiały się odpowiednio jak poniżej:

I. za 2022 r.:

- a) porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym przesiewowe niemowląt (lekarskie):

- 1-4 tydzień, podlegających badaniu – 98, zbadanych – 97; 113 i 26; nie przeprowadzono badania u trojga dzieci objętych próbą;
- 2-6 miesiąc, podlegających badaniu – 140, zbadanych – 140; 165 i 8; nie przeprowadzono badania u 11 dzieci objętych próbą;
- 9. miesiąc, podlegających badaniu – 118, zbadanych – 110; 128 i 5; nie przeprowadzono badania u ośmiorga dzieci;
- 12. miesiąc, podlegających badaniu – 116, zbadanych – 98; 126 i 7; nie przeprowadzono badania u sześciorga dzieci;
- b) wizyty profilaktyczne położnych (pielęgniarek) u niemowląt do 6. tygodnia życia:
 - liczba wizyt u dzieci w wieku od 0-4 doby życia – 0; -; 2;
- c) wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe u niemowląt wykonane przez pielęgniarki do 1. roku życia:
 - liczba wizyt ogółem – 6, z tego: do 6. miesiąca życia – 6; 9. miesiąc życia – 0; 12. miesiąc życia – 0; wykonane do 5. roku życia – 0; brak próby w związku z nierealizowaniem badań;
- d) profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia dzieci i młodzieży):
 - 2 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 143; liczba dzieci zbadanych – 143; 167 i 18; nie przeprowadzono badania u czworga dzieci objętych próbą;
 - 4 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 142; liczba dzieci zbadanych – 142; 166 i 10; nie przeprowadzono badania u trojga dzieci objętych próbą;
 - roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – liczba dzieci podlegających badaniu – 104; liczba dzieci zbadanych – 104; 250 i 47;
 - klasa 3 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 79; liczba dzieci zbadanych – 79; 173 i 56;
 - klasa 7 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 64; liczba dzieci zbadanych – 64; 135 i 24;
 - klasa 1 szkoły ponadpodstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 36; liczba dzieci zbadanych – 36; 102 i 10; nie przeprowadzono badania u siedmiorga dzieci objętych próbą;
 - ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej do ukończenia 19. roku życia – liczba dzieci podlegających badaniu – 30; liczba dzieci zbadanych – 30; 77 i 8; nie przeprowadzono badania u trojga dzieci objętych próbą.

II. za 2023 r.:

- a) porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym przesiewowe niemowląt (lekarskie):
 - 1-4 tydzień, podlegających badaniu – 93, zbadanych – 93; 104 i 45; nie przeprowadzono badania u dwojga dzieci objętych próbą;
 - 2-6 miesiąc, podlegających badaniu – 119, zbadanych – 117; 133 i 30; nie przeprowadzono badania u pięciorga dzieci objętych próbą;
 - 9. miesiąc, podlegających badaniu – 107, zbadanych – 100; 121 i 17; nie przeprowadzono badania u 10 dzieci objętych próbą;
 - 12. miesiąc, podlegających badaniu – 104, zbadanych – 99; 119 i 7; nie przeprowadzono badania u siedmiorga dzieci objętych próbą;
- b) wizyty profilaktyczne położnych (pielęgniarek) u niemowląt do 6. tygodnia życia:
 - liczba wizyt u dzieci w wieku od 0-4 doby życia – 0; -; 2;
- c) wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe u niemowląt wykonane przez pielęgniarki do 1. roku życia:

- liczba wizyt ogółem – 20, z tego: do 6. miesiąca życia – 20; 9. miesiąc życia – 0; 12. miesiąc życia – 0; wykonane do 5. roku życia – 0; brak próby w związku z nierealizowaniem badań;

d) profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia dzieci i młodzieży):

- 2 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 112; liczba dzieci zbadanych – 95; 126 i 25; nie przeprowadzono badania u czworga dzieci objętych próbą;

- 4 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 146; liczba dzieci zbadanych – 120; 164 i 16; nie przeprowadzono badania u sześciorga dzieci objętych próbą;

- roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – liczba dzieci podlegających badaniu – 126; liczba dzieci zbadanych – 92; 269 i 66; nie przeprowadzono badania u dwojga dzieci objętych próbą;

- klasa 3 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 90; liczba dzieci zbadanych – 60; 201 i 72;

- klasa 7 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 71; liczba dzieci zbadanych – 53; 161 i 51;

- klasa 1 szkoły ponadpodstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 36; liczba dzieci zbadanych – 18; 101 i 12; nie przeprowadzono badania u jednego dziecka objętego próbą;

- ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej do ukończenia 19. roku życia – liczba dzieci podlegających badaniu – 26; liczba dzieci zbadanych – 19; 79 i 22.

III. za 2024 r.:

a) porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym przesiewowe niemowląt (lekarskie):

- 1-4 tydzień, podlegających badaniu – 99, zbadanych – 4; 89 i 59, nie przeprowadzono badania u jednego dziecka objętego próbą;

- 12 miesięcy (dziecko ukończyło 12. miesiący życia i jest w 13. miesiącu życia), podlegających badaniu – 107, zbadanych – 3; 101 i 20; nie przeprowadzono badania u sześciorga dzieci objętych próbą;

b) wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe u niemowląt wykonane przez pielęgniarki do 1. roku życia:

- liczba wizyt ogółem – 17, z tego: do 6. miesiąca życia – 17; 9. miesiąc życia – 0; 12. miesiąc życia – 0, wykonane do 5. roku życia – 0; brak próby w związku z nierealizowaniem badań;

c) profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia dzieci i młodzieży):

- 2 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 11; liczba dzieci zbadanych – 10; 119 i 22; nie przeprowadzono badania u sześciorga dzieci objętych próbą;

- 4 lata – liczba dzieci podlegających badaniu – 5; liczba dzieci zbadanych – 4; 167 i 9; nie przeprowadzono badania u sześciorga dzieci objętych próbą;

- roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – liczba dzieci podlegających badaniu – 1; liczba dzieci zbadanych – 0; 308 i 78; nie przeprowadzono badania u czworga dzieci objętych próbą;

- klasa 3 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 3; liczba dzieci zbadanych – 3, 226 i 73;

- klasa 7 szkoły podstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 7; liczba dzieci zbadanych – 5; 146 i 51;

- klasa 1 szkoły ponadpodstawowej – liczba dzieci podlegających badaniu – 4; liczba dzieci zbadanych – 0; 98 i 14;

- ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej do ukończenia 19. roku życia – liczba dzieci podlegających badaniu – 3; liczba dzieci zbadanych – 3; 102 i 13; nie przeprowadzono badania u trojga dzieci objętych próbą.

(akta kontroli tom I str. 425-528, 619-638, tom II str. 3-35, tom III str. 3-54)

Prezes wyjaśnił, że aplikacja mMedica z której korzystamy w naszej przychodni, generując automatycznie dane do sprawozdania MZ-11 kieruje się wytycznymi producenta oprogramowania i nie traktuje szczegółowo dokumentacji medycznej, tj. nie „etykietuje” wizyt na kilka równorzędnych świadczeń medycznych jeżeli takowe są udzielane, tylko nadaje jej jeden kod po którym możliwe jest raportowanie. Uniemożliwia to filtrowanie danych ze względu na różne rozpoznania, kody świadczeń i produkty rozliczeniowe wynikające z umowy – stąd różnice.

(akta kontroli tom III str. 75-82)

IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Wykonywanie przez lekarza POZ i położną POZ świadczeń zgodnie z zakresem wskazanym w części III załącznika nr 1 i części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
2. Weryfikowanie informacji podawanych przez świadczeniobiorców w deklaracjach wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ i przyjmowanie kompletnych dokumentów, zgodnie z art. 10 ust. 4 pkt 1 ustawy o poz.
3. Realizowanie pierwszych wizyt patronażowych przez położną POZ, zgodnie z terminem określonym w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
4. Ujmowanie w dokumentacjach medycznych wymaganych informacji stosownie do przepisu § 38 ust. 1 pkt 3 i ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej położnej POZ z zachowaniem formy określonej w § 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
6. Przekazywanie do NFZ – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym – informacji o masie ciała oraz wzroście dzieci i młodzieży, zgodnie z obowiązkiem określonym w § 6 ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie informacji.
7. Raportowanie do NFZ danych o udzielonych świadczeniach zgodnych ze stanem faktycznym, stosownie do § 6 ust. 1 pkt. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie informacji.
8. Przekazywanie w sprawozdaniach MZ-11 danych zgodnych ze stanem faktycznym, stosownie do art. 30 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 7 ust. 1 ustawy o statystyce publicznej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

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 Rzeszowie. 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.

Rzeszów, dnia 15 października 2025 r.

Kontrolerzy

Robert Szwagiel
Doradca techniczny

/podpisano elektronicznie/

Małgorzata Milanowska
Główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Stefan Gados

z up. p.o. Wicedyrektor Delegatury

Stanisław Jarzyna

/podpisano elektronicznie/