



KZD.430.1.2025

Nr ewid. 6/2025/P/24/047/KZD

Informacja o wynikach kontroli

AMBULATORYJNA OPIEKA
SPECJALISTYCZNA DLA DZIECI
FINANSOWANA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk
/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Jacek Kozłowski
/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

Warszawa, marzec 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

Spis treści

Wykaz skrótów, skrótowców i pojęć	4
2. Ocena ogólna	8
3. Synteza	10
4. Wnioski	16
5. Ważniejsze wyniki kontroli	17
5.1. ODDZIAŁY WOJEWÓDZKIE NFZ.....	17
5.1.1. Zapotrzebowanie na świadczenia aos dla dzieci.....	17
5.1.2. Zawieranie umów na realizację świadczeń aos dla dzieci	23
5.1.3. Nadzór nad realizacją świadczeń aos dla dzieci	28
5.2. Świadczeniodawcy.....	29
5.2.1. Spełnianie wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń.....	29
5.2.2. Współpraca AOS i POZ w procesie udzielania świadczeń.....	36
6. Załączniki	38
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	38
6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK	41
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	45
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	47
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	48

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
dokumentacja	Dokumentacja medyczna - jest to chronologicznie uporządkowany zbiór danych dotyczących stanu zdrowia i choroby pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych ¹ .
dostępność świadczeń	Osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ²
mapy potrzeb zdrowotnych	Dokumenty określające potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju. Zostały w nich zebrane dane demograficzne i epidemiologiczne, dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych.
pacjent pierwszorazowy	Świadczeniobiorca, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w załączniku nr 1a do zarządzenia ³ , któremu udzielane są świadczenia w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach.
plany transformacji (krajowy, wojewódzkie)	Dokumenty planistyczne uwzględniające rekomendowane kierunki działań wynikające z map potrzeb zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.
potrzeby zdrowotne	Liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach).
poradnia	Komórka organizacyjna świadczeniodawcy posiadająca określoną specjalność.
rodzaj świadczeń	Grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonemu, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach, np.: POZ, AOS czy leczenie szpitalne.
rozpoznanie ICD-10	Choroba, problem zdrowotny lub inna przyczyna kontaktu ze służbą zdrowia zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją ICD – 10 opracowaną przez WHO. Rozpoznanie jest przypisane do porady przez lekarza lub innego pracownika medycznego.
rozporządzenie w sprawie dokumentacji	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798)
rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych	rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661)
rozporządzenie w sprawie OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji	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 (Dz.U. z 2024 r. poz. 610 ze zm.)

¹ W Polsce brak jest definicji ustawowej dokumentacji medycznej. Rodzaje dokumentacji medycznej określa § 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

² Definicja na podstawie: Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r., str. 59-60.

³ Zarządzenie Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

specjalność poradni	definiowana na podstawie VIII części kodu/kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r. poz. 173)
świadczeniodawca	Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej jako m.in. indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.
ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)
ustawa o prawach pacjenta	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. <i>o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> (Dz.U. z 2024 r. poz. 581)
ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2024 r. poz.146)
zakres świadczeń	Świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy pacjenci pediatryczni mieli zapewniony porównywalny dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie kraju?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1) Czy dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (OW NFZ) rzetelnie określił zapotrzebowanie na świadczenia AOS dla dzieci i podjął skuteczne działania w celu zapewnienia ich dostępności?

2) Czy dyrektor OW NFZ prawidłowo prowadził postępowania o udzielanie świadczeń AOS dla dzieci oraz zawierał i rozliczał umowy zawarte ze świadczeniodawcami?

3) Czy dyrektor OW NFZ rzetelnie monitorował realizację umów AOS dla dzieci, a także celowość udzielania świadczeń?

4) Czy podmiot leczniczy udzielał świadczeń zgodnie z przepisami i umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia?

5) Czy podmiot leczniczy, dla zapewnienia pacjentom prawidłowej opieki, rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi przepisami współpracował z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej i innymi podmiotami udzielającymi świadczeń w ramach AOS?

Jednostki kontrolowane

trzy OW NFZ, siedem podmiotów leczniczych, jedna specjalistyczna praktyka lekarska⁴.

Okres objęty kontrolą

Lata 2021-2024⁵

Zgodnie z art. 10 ustawy o działalności leczniczej ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia m.in. specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) stanowi ważny szczebel w systemie ochrony zdrowia. Od jej dostępności i skuteczności w znacznym stopniu zależy efektywność procesu leczenia pacjenta i sprawność całego systemu opieki medycznej. Ta forma leczenia może przynieść młodemu pacjentowi szereg korzyści w porównaniu z leczeniem szpitalnym. Zmniejsza stres, który może nasilać pobyt w szpitalu. Zamiast hospitalizacji na oddziale, dziecko badane jest i poddawane diagnostyce w ciągu krótkiego czasu. Niewątpliwą zaletą jest też zmniejszenie czasu ekspozycji na niebezpieczne patogeny, które mogą być obecne w szpitalach. Kolejną korzyścią jest zmniejszenie kosztów diagnostyki i leczenia oraz większa dostępność miejsc na oddziałach dla osób potrzebujących pilnej pomocy medycznej.

Przewlekłe choroby niezakaźne, a w szczególności te nazywane „chorobami cywilizacyjnymi”, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca i nowotwory złośliwe stanowią ryzyko dla utraty zdrowia i życia współczesnego człowieka. Pomimo iż choroby te dotyczą w głównej mierze osób dorosłych, to kluczowe zmiany w organizmie prowadzące do ich rozwoju, mają swój początek już w pierwszym okresie życia. W ich rozpoznawaniu i leczeniu istotną rolę, obok podstawowej opieki zdrowotnej, powinna odgrywać sprawnie działająca AOS dla dzieci. Tym bardziej iż w ostatnich latach pojawiły się czynniki negatywnie wpływające na stan zdrowia dzieci i młodzieży, przede wszystkim pandemia COVID-19. Od początku jej trwania wprowadzano różne obostrzenia, w tym okresowe zamykanie szkół i konieczność nauki zdalnej. Uczniowie, przebywając głównie w domu, zostali pozbawieni dotychczasowego rytmu dnia, w tym regularnych kontaktów z rówieśnikami oraz w znacznej mierze aktywności fizycznej. Z krajowych badań przeprowadzonych w 2021 r. wynika m.in., że odsetek uczniów w wieku 8 lat, u których występuje nadwaga lub otyłość wynosi 35,3% (częściej u chłopców – 38,5% niż u dziewcząt – 32,1%). W latach 2016–2021 nastąpił znaczny wzrost odsetka dzieci ośmioletnich, u których zaobserwowano podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi. Podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi występowały u niemal jednej trzeciej badanych uczniów klas drugich, a rozkurczowego u co piątego drugoklasisty. Pogorszyły się wskaźniki dotyczące zdrowia psychicznego uczniów⁶.

Najwyższa Izba Kontroli, od momentu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie przeprowadziła odrębnej kontroli poświęconej problematyce funkcjonowania i roli AOS dla dzieci. Zagadnienia związane z tą tematyką były kontrolowane sporadycznie i wycinkowo, np. kontrola koordynowana przez Delegaturę NIK w Rzeszowie *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*⁷.

W ramach przygotowań do kontroli planowej NIK zwróciła się o informacje⁸ do konsultantów krajowych w wybranych dziedzinach medycyny, istotnych dla

⁴ Kontrola planowa została poprzedzona kontrolą rozpoznawczą R/24/001/KZD pn. *Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci* przeprowadzoną w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ oraz Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ dalej SZPZLO, której wyniki wykorzystano w niniejszej informacji. Kontrola planowa nie objęła poradni funkcjonujących przy szpitalach.

⁵ Z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.

⁶ Por. „Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19” Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID – 19. Warszawa 2022 r. Badanie prowadzone w ramach programu DINO-PL i finansowane przez Ministra Zdrowia.

⁷ P/20/079.

⁸ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

zapewnienia prawidłowego funkcjonowania AOS dla dzieci. Jak wskazywali konsultanci poprawy wymaga zarówno dostępność, jak i organizacja udzielania świadczeń⁹.

Z analizy przedkontrolnej wynikało również, iż w świetle niezadowolających wyników pomiarów wskaźników zdrowotnych dotyczących dzieci, wątpliwości może budzić zaniechanie prac nad przyjęciem i wdrożeniem międzyresortowej strategii działań na rzecz zdrowia dzieci w latach 2023–2027. Przyjęcie tej strategii przez Radę Ministrów było planowane na trzeci kwartał 2023 r.¹⁰ Proces budowania skutecznego systemu ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, oprócz współdziałania różnych resortów, powinien uwzględniać również administrację samorządową, organizacje pozarządowe, udział przedstawicieli nauki, a przede wszystkim rodziców. Nieskuteczna koordynacja działań profilaktycznych ukierunkowanych na poprawę ogólnego stanu zdrowia dzieci i młodzieży może w przyszłości spowodować większe obciążenie AOS dla dzieci, a tym samym ograniczyć dostępność tej formy opieki.

⁹ Fragmenty niektórych opinii zostały wykorzystane przy sporządzaniu Informacji o wynikach kontroli.

¹⁰ Projekt znalazł się w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

2. OCENA OGÓLNA

Niezapewnienie
dzieciom
porównywalnej
dostępności świadczeń

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, finansowana ze środków publicznych, nie zapewniała dzieciom porównywalnej dostępności świadczeń zdrowotnych, zależnej jedynie od stanu zdrowia pacjenta pediatrycznego.

Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących w większości poradni AOS, w okresie objętym kontrolą, wzrosła¹¹. Działania dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, podejmowane w celu poprawy dostępności świadczeń AOS dla dzieci, nie były w tym zakresie skuteczne. W ocenie NIK, zapewnieniu odpowiedniej dostępności tych świadczeń nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie zasobów lecznictwa na terenie kraju. Nie wprowadzono jednak rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych, zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ, na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów. Pozyskaniu nowych świadczeniodawców nie sprzyjała również praktyka wielokrotnego aneksowania przez dyrektorów OW NFZ umów zawartych z dotychczasowymi świadczeniodawcami. W efekcie pomiędzy województwami występowały istotne różnice w dostępności świadczeń, w poszczególnych zakresach, mierzonej medianą średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i liczbą osób oczekujących na ich udzielenie. Istotne różnice w dostępie do świadczeń AOS dla dzieci istniały również w obrębie poszczególnych województw, gdzie pacjenci na niektórych ich częściach byli tych świadczeń pozbawieni.

W ocenie NIK, na negatywne konsekwencje wydłużonego czasu oczekiwania narażeni są przede wszystkim pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne, w przypadku których istnieje konieczność szybkiego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia. Jednocześnie NIK zwraca uwagę na brak systemowych rozwiązań, które zapobiegałyby dalszemu wydłużaniu czasu oczekiwania dla pacjentów kierowanych do AOS jako przypadki pilne i kwalifikowaniu do kategorii „pilny” pacjentów, których stan zdrowia nie uzasadnia takiego skierowania i którzy w ten sposób wydłużają kolejki dla osób potrzebujących szybkiej pomocy.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zapewнили natomiast prawidłową realizację postępowań konkursowych w zakresie AOS dla dzieci, poprzedzoną analizą istniejących potrzeb, a także monitorowanie umów zawartych ze świadczeniodawcami i celowości udzielania świadczeń.

Pogorszenie dostępności, w większości zakresów, stwierdzono również w przypadku kontrolowanych świadczeniodawców, których część nie w pełni prawidłowo realizowała umowy zawarte z NFZ. Stwierdzono przypadki rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń, a czasem określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów zawartych z NFZ, co dodatkowo ograniczało dostępność świadczonych usług.

Żaden z kontrolowanych świadczeniodawców nie prowadził w sposób w pełni prawidłowy dokumentacji medycznej, a większość z nich harmonogramów przyjęć pacjentów.

Ponadto, w ocenie NIK, lekarze z kontrolowanych poradni w niewystarczającym stopniu współpracowali z lekarzami POZ kierującymi pacjentów do AOS.

¹¹ Analizie poddano medianę średniego czasu oczekiwania i liczbę osób oczekujących dla 36 rodzajów poradni udzielających świadczeń w poszczególnych zakresach AOS dla dzieci na terenie kraju pomiędzy grudniem 2020 r. a czerwcem 2024 r.

Pacjentom, przed skierowaniem ich do leczenia w AOS, nie wykonywano odpowiednich badań w ramach POZ, co opóźniało ich diagnostykę i leczenie. Natomiast lekarze udzielający świadczeń AOS dla dzieci nie przekazywali wymaganych informacji o pacjentach lekarzom kierującym ich do AOS lub nie dokumentowali ich przekazania, co naruszało obowiązujące w tym zakresie przepisy

NIK zwraca uwagę, że sporządzenie i przekazanie lekarzowi kierującemu informacji o diagnozie i przebiegu leczenia pacjenta ma na celu zapewnienie ciągłości i jakości opieki zdrowotnej, lepszą ocenę jego stanu zdrowia oraz podejmowanie trafniejszych decyzji dotyczących dalszego postępowania.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Pogorszenie dostępności świadczeń

W okresie objętym kontrolą dostępność świadczeń AOS dla dzieci pogorszyła się, mimo iż limity na udzielanie świadczeń w tym obszarze zostały zniesione od lipca 2021 r. Pogorszenie dostępności świadczeń dotyczyło zarówno pacjentów skierowanych jako przypadki stabilne, jak i pilne¹².

OW NFZ analizowały potrzeby zdrowotne dzieci i wyzwania istniejące w tym zakresie w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026¹³. Poprawa dostępności świadczeń stanowiła jeden z rekomendowanych kierunków działań w wojewódzkich planach transformacji. Pomimo wzrostu nakładów na świadczenia AOS dla dzieci, a także cen jednostkowych rozliczenia świadczeń we wszystkich zakresach, aneksowania umów z dotychczasowymi świadczeniodawcami oraz organizowania, choć w ograniczonym zakresie, nowych konkursów nie udało się uzyskać poprawy dostępu do świadczeń. (str. 17–18)

Wzrost mediany średniego czasu oczekiwania

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy 31 grudnia 2020 r. a 30 czerwca 2024 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła na terenie kraju dla 32 analizowanych rodzajów poradni, zmniejszyła się dla czterech.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie, dla przypadków stabilnych, stwierdzono do:

- poradni genetycznej dla dzieci o 223 dni (z 188 do 411),
- poradni leczenia zęza dla dzieci o 134 dni (z 114 do 248),
- poradni foniatrycznej dla dzieci o 82 dni (z 53 do 135),
- poradni gastroenterologicznej dla dzieci o 81 dni (z 70 do 151),
- poradni neurologicznej dla dzieci o 78 dni (z 48 do 126).

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do poradni onkologicznej dla dzieci o 45 dni (z 122 do 77).

W tym samym okresie mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych wzrosła na terenie kraju dla 35 rodzajów poradni, nie zmieniła się w przypadku jednego (poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci, gdzie nie wykazano czasu oczekiwania) i nie było przypadków jej zmniejszenia.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie, dla przypadków pilnych, stwierdzono do:

- poradni genetycznej dla dzieci o 154 dni (z 67 do 221),
- poradni neurochirurgicznej dla dzieci o 87 dni (z 30 do 117),
- poradni foniatrycznej dla dzieci o 84 dni (z 16 do 100),
- poradni gastroenterologicznej dla dzieci o 77 dni (z 14 do 91),
- poradni neurologicznej dla dzieci o 67 dni (z 7 do 74).

¹² Lekarz wydający skierowanie kwalifikuje pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny na podstawie dynamiki procesu chorobowego. Zakwalifikowanie pacjenta do jednej ze wskazanych kategorii ma znaczenie co do tego, w jakim czasie zostanie mu udzielona pomoc.

Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej „przypadek pilny”, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej „przypadek stabilny” w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a.

¹³ Minister Zdrowia, na podstawie art. 95a ust. 1 i 7 ustawy o świadczeniach, opracował mapę potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych.

**Wzrost liczby
oczekujących na
świadczenie**

W przypadku 33 rodzajów poradni, dla przypadków stabilnych, wzrosła liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia. Spadła dla trzech rodzajów poradni.

Największy wzrost liczby oczekujących, dla przypadków stabilnych, stwierdzono do:

- poradni alergologicznej dla dzieci o 31 916 pacjentów (z 11 871 do 43 787),
- poradni okulistycznej dla dzieci o 19 263 pacjentów (z 16 067 do 35 330),
- poradni neurologicznej dla dzieci o 15 853 pacjentów (z 14 467 do 30 320),
- poradni kardiologicznej dla dzieci o 14 395 pacjentów (z 13 656 do 28 051).

Dla przypadków pilnych liczba osób oczekujących wzrosła dla 34 rodzajów poradni. Nie zmieniła dla dwóch (poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci oraz kardiochirurgiczna dla dzieci, gdzie nie wykazano pacjentów oczekujących) i nie odnotowano spadków.

Największy wzrost liczby oczekujących, dla przypadków pilnych, stwierdzono do:

- poradni neurologicznej dla dzieci o 8307 pacjentów (z 1430 do 9737),
- poradni alergologicznej dla dzieci o 4768 pacjentów (z 339 do 5107),
- poradni okulistycznej dla dzieci o 3 591 pacjentów (z 563 do 4154),
- poradni kardiologicznej dla dzieci o 3320 pacjentów (z 1228 do 4548).

**Różnice dostępności
świadczeń pomiędzy
województwami**

Pomiędzy poszczególnymi województwami stwierdzono istotne różnice dostępności świadczeń, w poszczególnych zakresach, mierzonej medianą średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia i liczbą osób oczekujących.

W połowie 2024 r. dla poradni okulistycznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 36 dni dla województwa lubelskiego do 400 dni dla województwa pomorskiego. W odniesieniu do przypadków pilnych w województwie lubelskim nie wykazano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w woj. pomorskim mediana wynosiła 127 dni.

W tym samym czasie dla poradni neurologicznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 66 dni dla województwa podkarpackiego do 169 dni dla województwa łódzkiego. Dla przypadków pilnych od 10 dni dla województwa podkarpackiego do 125 dni dla województwa mazowieckiego.

Dla poradni alergologicznych dla dzieci mediana dla przypadków stabilnych wahała się od 31 dni w województwie lubuskim do 184 dni w województwie warmińsko-mazurskim. Dla przypadków pilnych od 7 dni w województwie lubelskim do 112 dni w województwie mazowieckim i warmińsko-mazurskim.

W odniesieniu do poradni kardiologicznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 47 dni dla województwa podlaskiego do 265 dni dla województwa kujawsko-pomorskiego. W przypadkach pilnych dla województwa opolskiego nie wykazano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła ona 148 dni.

Dla poradni gastroenterologicznych dla dzieci mediana dla przypadków stabilnych wahała się od 92 dni w województwie lubelskim do 300 dni w województwie kujawsko-pomorskim. Dla przypadków pilnych w województwie lubelskim nie zidentyfikowano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w województwie kujawsko-pomorskim mediana wynosiła 200 dni. (str. 18-21)

**Różnice dostępności
świadczeń na terenie
poszczególnych
województw**

Istotne różnice w dostępie do świadczeń AOS dla dzieci istniały na terenie poszczególnych województw, gdzie znajdowały się podmioty objęte kontrolą NIK. W każdym z nich istniały powiaty, bądź grupy powiatów na terenie, których dostęp do świadczeń w danym zakresie AOS dla dzieci nie był możliwy, a obszary bez zabezpieczenia dostępu do tych samych świadczeń występowały w kolejnych latach.

Odległości, jakie musieli pokonać pacjenci do poradni udzielających świadczeń AOS dla dzieci zależały od zakresu świadczeń. Największe odległości (np. w woj. lubelskim dochodzące do 150 km) musieli oni przebyć w przypadku tych zakresów, w których NFZ zawarł tylko jedną umowę z jednym świadczeniodawcą na terenie całego województwa. W NFZ nie wprowadzono mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń na poszczególnych obszarach, obejmujących m.in. odległości, które muszą przebyć pacjenci do miejsca udzielania świadczenia. (str. 21–22)

**Długi czas oczekiwania
przedmiotem skarg
do Rzecznika Praw
Pacjenta**

W latach 2021 – I połowa 2024 do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło odpowiednio 1205, 1202, 1289 i 464 wystąpień pacjentów dotyczących funkcjonowania AOS dla dzieci. Stanowiło to: 9,4%; 18,7% 11,4%; oraz 5,8% wszystkich zgłoszeń i sygnałów dotyczących AOS. Najczęściej pacjenci zwracali się do Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, skarżąc się na długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego, odmowę rejestracji, przyjęcia lub udzielenia pomocy, a także przekazywali zastrzeżenia co do jakości leczenia.

**Brak rozwiązań
wspierających rozwój
podmiotów leczniczych**

W okresie objętym kontrolą nie wprowadzono rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych, zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ, na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów. Najwyższa Izba Kontroli już w 2019 r., w Raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce. Stan obecny i pożądane kierunki zmian” zwróciła się o wdrożenie systemu zachęt sprzyjających powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.

W piśmie do NIK, z dnia 13 listopada 2024 r., podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, „odnosząc się do propozycji utworzenia mechanizmów preferencyjnego finansowania dla określonych podmiotów leczniczych”, wskazał: „że nie jest to możliwe, ponieważ umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w określonych zakresach są jednolite i zawierają jednolity pakiet produktów rozliczeniowych dla tożsamyh komórek organizacyjnych realizujących te same zakresy świadczeń. Ponadto, uwzględniają one jednakowe dla poszczególnych zakresów jednostki rozliczeniowe (punkty), natomiast wartość poszczególnych jednostek rozliczeniowych podlega negocjacom”.

NIK podziela pogląd, iż wprowadzenie rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych, zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ, na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów, nie jest możliwe w obecnie obowiązującym stanie prawnym. Za celowe należy jednak uznać przygotowanie projektu takich rozwiązań, a ich wdrożenie mogłoby zostać poprzedzone odpowiednim pilotażem.

Należy podkreślić, iż Rada Ministrów w uchwale nr 196/2021 z dnia 27 grudnia 2021 r. ustanawiającej „Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.” wskazała m.in. iż jednym z mechanizmów likwidowania tzw. białych plam i niedoborów dostępności powinien być system zachęt do relokacji dla kadr medycznych, w tym poprzez utworzenie mechanizmów preferencyjnego finansowania rozwoju podmiotów leczniczych, w szczególności przychodni POZ/AOS, na obszarach o ograniczonej dostępności świadczeń.

**Brak kryteriów dla
przypadku pilnego**

NIK zwraca uwagę iż na negatywne konsekwencje wydłużonego czasu oczekiwania narażeni są przede wszystkim pacjenci skierowani jako przypadki pilne. Jednocześnie brak jest kryteriów ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń. Obecnie obowiązują skierowania pilne, które nie opierają się na standaryzowanych wskazaniach klinicznych i zależą wyłącznie od uznania lekarza kierującego, który nie jest specjalistą w danej dziedzinie.

Na potrzebę doprecyzowania kryteriów dla przypadku pilnego przy wpisywaniu pacjentów na listę oczekujących na świadczenia wskazał Zespół ds. dostępności do świadczeń działający w ramach Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw

Pacjenta¹⁴. Celowość podjęcia prac nad takimi kryteriami dostrzegli również niektórzy konsultanci krajowi, do których NIK zwróciła się w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK¹⁵, którzy wskazywali, iż wielu pacjentów kierowanych w trybie pilnym faktycznie powinno być kierowanych jako przypadki stabilne. Praktyka ta utrudnia uzyskanie świadczeń przez osoby, które faktycznie potrzebują pilnej pomocy.

Minister Zdrowia nie zainicjował jednak przygotowania tego rodzaju kryteriów. W ocenie Ministra występuje ryzyko, iż ustalenie katalogu rozpoznań, które automatycznie kwalifikują pacjenta jako przypadek stabilny lub pilny, ograniczy lub uniemożliwi obowiązek uwzględnienia przy przypisaniu do właściwej kategorii medycznej także innych kryteriów medycznych (tj. stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowań co do dalszego przebiegu choroby, występujących chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie)¹⁶.

W ocenie NIK, wprowadzenie nieobligatoryjnych wytycznych, ułatwiających kwalifikację pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń, a nie tylko katalogu rozpoznań, byłoby wsparciem dla lekarzy POZ kierujących pacjentów do specjalistów. Ponadto mogłoby ograniczyć wystawianie zbędnych skierowań w tym trybie. W efekcie poprawie mogłaby ulec dostępność świadczeń dla pacjentów, których proces chorobowy w pełni uzasadnia ich kwalifikowanie jako przypadków pilnych. (str. 22)

**Nieokreślenie
maksymalnego czasu
oczekiwania**

W obowiązujących regulacjach prawnych nie określono maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia na podstawie skierowania z adnotacją pilne.

W ocenie NIK, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi czas oczekiwania na wizytę powinien być maksymalnie skrócony, a pacjent, którego stan zdrowia wymaga leczenia w trybie pilnym nie powinien zbyt długo oczekiwać na udzielenie świadczenia. Stan taki stwarza bowiem ryzyko utrwalenia lub pogłębienia choroby i niepełnosprawności. W konsekwencji prowadzi to do większego obciążenia systemu ochrony zdrowia i większych kosztów leczenia w przyszłości. Za celowe należy zatem uznać wprowadzenie maksymalnych czasów oczekiwania na wizytę, dla pacjentów skierowanych jako przypadki pilne¹⁷. Proces ten mógłby być realizowany etapami, poprzez stopniowe obniżanie tego czasu w miarę przezwycięzania barier ograniczających dostępność dla wybranych zakresów świadczeń. Niezbędne byłoby jednocześnie monitorowanie efektywności wdrażanego rozwiązania połączone z oceną możliwości wpływania na skracanie czasów oczekiwania. (str. 23)

**Prawidłowy przebieg
postępowania
konkursowych**

Kontrolowane OW NFZ prawidłowo zorganizowały i przeprowadziły zbadane postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci, a proces ten poprzedzono analizą istniejących potrzeb. W celu optymalizacji kosztów prowadzono również skuteczne negocjacje cen jednostkowych świadczeń. Stosowane zasady walidacji i weryfikacji sprawozdawanego przez świadczeniodawców rozliczenia udzielonych świadczeń umożliwiały nadzór nad przebiegiem realizacji umów. (str. 23–24)

**Ograniczenie liczby
postępowania na rzecz
aneksowania umów**

OW NFZ, w celu zapewnienia dostępu do świadczeń, stosowały jednak przede wszystkim aneksowanie dotychczasowych umów, w mniejszym zakresie organizując postępowania konkursowe¹⁸. Wykorzystywano w tym celu przepisy

¹⁴ Propozycje Rady Ekspertów zostały przekazane Ministrowi Zdrowia pismem z dnia 25 kwietnia 2023 r.

¹⁵ M.in. Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

¹⁶ Takie stanowisko sformułował Minister Zdrowia w piśmie do NIK z dnia 25 listopada 2024 r. podpisanym przez podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia.

¹⁷ Takie rozwiązanie zaproponował również Zespół ds. dostępności do świadczeń działający w ramach Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

¹⁸ Zgodnie z art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, podstawą zawierania przez NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.

	szczególne, tworząc w niektórych oddziałach stałą praktykę postępowania, mimo generalnej zasady wyrażonej w przepisie art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Praktyka ta nie sprzyjała pozyskaniu nowych świadczeniodawców. Ponadto utrzymywała wykluczenie z dostępu do świadczeń AOS na obszarach, gdzie NFZ nie zawarł umów dotyczących ich udzielania. NIK zwraca uwagę, iż przeprowadzenie konkursów ma na celu zapewnienie konkurencyjnej możliwości ubiegania się o realizację świadczeń oraz pozwala na wyłonienie najlepszej oferty ocenionej pod względem kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny. (str. 24–28)
Sposób udzielania świadczeń nie w pełni zgodny z umowami	Kontrolowani świadczeniodawcy spełniali warunki realizacji świadczeń dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. W przypadku 44% z nich stwierdzono jednak przypadki rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń, a czasem określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów z NFZ. Nie udzielano świadczeń w niektórych dniach, bądź godzinach, wskazanych w tych harmonogramach. (str. 29–31)
Niezapewnienie pacjentom wszystkich wymaganych informacji	W przypadku 56% świadczeniodawców nie zapewniono pełnego dostępu pacjentom do wszystkich, wymaganych przepisami prawa, informacji w miejscach ogólnodostępnych. Naruszano w ten sposób postanowienia § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Stwierdzone braki w informacji dla pacjentów dotyczyły m.in. godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach; zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; zasad potwierdzania prawa do świadczeń. Wszystkie niezbędne informacje udało się uzupełnić jeszcze w trakcie trwania kontroli NIK. (str. 31)
Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji	Żaden z kontrolowanych świadczeniodawców nie prowadził w sposób w pełni zgodny z obowiązującymi przepisami dokumentacji medycznej. Stwierdzono przypadki braku niektórych niezbędnych wpisów w historiach zdrowia i choroby. W przypadku 89% kontrolowanych świadczeniodawców wystąpiły przypadki niezamieszczania w harmonogramach przyjęć wszystkich wymaganych informacji lub wprowadzania ich w sposób nieprawidłowy. (str. 32–34)
Niewystarczające zabezpieczenie dokumentacji	W przypadku 33% kontrolowanych świadczeniodawców wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania. W odniesieniu do papierowej dokumentacji medycznej warunki jej przechowywania nie zawsze zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą. (str. 34)
Nieprawidłowa realizacja niektórych obowiązków informacyjnych wobec NFZ	Analogiczna liczba świadczeniodawców nie realizowała lub realizowała z opóźnieniem niektóre obowiązki informacyjne wobec NFZ. Dotyczyło to nieterminowego zgłaszania lub niezgłaszania do NFZ zaistniałych zmian w składzie personelu medycznego, co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Ponadto nie zgłaszano planowanych przerw w działalności poradni udzielających świadczeń AOS dla dzieci, co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. (str. 35)
Niewystarczająca współpraca AOS i POZ	We wszystkich kontrolowanych podmiotach stwierdzono przypadki niewystarczającej współpracy pomiędzy lekarzami POZ kierującymi pacjentów do AOS a lekarzami udzielającymi takich świadczeń. Pacjentom, przed skierowaniem ich do leczenia w AOS, nie wykonywano odpowiednich badań w ramach POZ, co opóźniało ich późniejszą diagnostykę i leczenie. Natomiast lekarze udzielający świadczeń AOS dla dzieci nie zawsze przekazywali wymagane informacje o pacjentach lekarzom kierującym ich do AOS lub dokumentowali ich przekazanie. NIK zwraca uwagę na brak systemowych rozwiązań w zakresie tego rodzaju współpracy. (str. 36–37)

**Zagrożenia dla
funkcjonowania AOS
dla dzieci**

Pogorszenie dostępu do świadczeń AOS dla dzieci w przyszłości może być konsekwencją niewystarczających działań profilaktycznych ukierunkowanych na poprawę ogólnego stanu zdrowia dzieci i młodzieży podejmowanych obecnie. Przyjęcie międzyresortowej strategii takich działań przez Radę Ministrów było planowane na trzeci kwartał 2023 r., a jej projekt znalazł się w wykazie prac legislacyjnych i programowych. Decyzją Ministra Zdrowia, z dnia 6 października 2023 r., prace nad strategią zostały jednak wstrzymane z uwagi na brak możliwości ukończenia procedur legislacyjnych i przyjęcia uchwały w okresie funkcjonowania ówczesnej Rady Ministrów. W ocenie NIK, za celowe należy uznać poprawę koordynacji działań profilaktycznych, do czego może się przyczynić przyjęcie odpowiedniej strategii takich działań.

Zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania AOS mogą być również niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia i starzenie się personelu udzielającego świadczeń AOS dla dzieci. W niektórych kontrolowanych poradniach, w poszczególnych zakresach świadczeń, średni wiek lekarzy, a niekiedy także pielęgniarek, przekraczał 60 lat. (str. 35)

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia

- 1) Przygotowanie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność świadczeń AOS dla dzieci.

Działania podejmowane w tym zakresie, we współpracy z konsultantami krajowymi w poszczególnych specjalizacjach medycznych istotnych dla AOS, powinny objąć m.in.: opracowanie kryteriów ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń; określenie maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę dla przypadku pilnego; wprowadzenie mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń na poszczególnych obszarach oraz wdrożenie systemu zachęt sprzyjającego powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.

- 2) Usprawnienie przepływu informacji dotyczących pacjentów pomiędzy POZ a AOS poprzez przygotowanie odpowiednich rozwiązań informatycznych i regulacji prawnych (np. poprzez wprowadzenie jako jednego z kryterium oceny przy rozliczaniu świadczeń).

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Zwiększenie liczby wszczynanych postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci, przy jednoczesnym ograniczeniu praktyki wielokrotnego przedłużania dotychczasowych umów.

Świadczeniodawcy

- 1) Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci zgodnie z przyjętym harmonogramem czasu pracy.
- 2) Zgłaszanie dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ zmian w składzie personelu medycznego i godzin pracy lekarzy w wymaganych przepisami terminach oraz zgłaszanie planowanych przerw w udzielaniu świadczeń.
- 3) Zapewnienie zamieszczania w dokumentacji medycznej wszystkich niezbędnych danych.
- 4) Zapewnienie terminowego sporządzania i przekazywania lekarzowi kierującemu pacjentem na leczenie w poradni specjalistycznej pisemnej informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. ODDZIAŁY WOJEWÓDZKIE NFZ

Nieskuteczne działania w zakresie poprawy dostępności

OW NFZ analizowały potrzeby zdrowotne dzieci i określały zapotrzebowanie na świadczenie AOS dla dzieci. Podejmowane działania nie doprowadziły jednak do poprawy dostępności świadczeń. Pomimo stałego wzrostu kosztów AOS dla dzieci finansowanych przez NFZ¹⁹, wzrastał średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących w przypadku większości zakresów.

NIK zwraca uwagę, iż na negatywne konsekwencje wydłużonego czasu oczekiwania na wizytę narażeni są przede wszystkim pacjenci skierowani jako przypadki pilne. Brakuje systemowych rozwiązań zapobiegających dalszemu wydłużaniu czasu oczekiwania dla pacjentów kierowanych do AOS jako przypadki pilne.

Oddziały prawidłowo organizowały i przeprowadzały postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci. Powszechne było jednak zawieranie kolejnych aneksów do umów z wykonawcami wyłonionymi wcześniej w drodze konkursu. Praktyka ta nie sprzyjała pozyskaniu nowych świadczeniodawców.

5.1.1. ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚWIADCZENIA AOS DLA DZIECI

Niewystarczający poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych

OW NFZ analizowały potrzeby zdrowotne dzieci i wyzwania istniejące w tym zakresie w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych²⁰ na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.²¹ oraz własne materiały analityczne. Rekomendowanym kierunkiem działań była poprawa dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania oraz dłuższym od średniej wartości dla kraju czasem oczekiwania, a także dla tych powiatów, które mają wyraźnie niską dostępność do poradni specjalistycznych²².

Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych w zakresach charakteryzujących się niską dostępnością oraz poprawa tej dostępności stanowiły także rekomendowane kierunki działań w wojewódzkich planach transformacji.

Przykład

Wojewoda Wielkopolski dla obszaru województwa wielkopolskiego ustalił Wojewódzki Plan Transformacji na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.²³, w którym rekomendował kierunki działań wskazane m.in. w MPZ. Jako działanie wymagające koordynowania na poziomie województwa przez WOW NFZ rekomendowano ogłoszenie oraz przeprowadzenie postępowań konkursowych na terenach (powiatach lub subregionach w zależności od zakresu kontraktowanych świadczeń) o najbardziej ograniczonym dostępie do świadczeń, w szczególności diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii oraz nefrologii.

¹⁹ Wartość refundacji AOS dla osób poniżej 18 lat wzrosła z 918.650 tys. zł w 2019 r. do 1.744.354,8 tys. zł w 2023 r. i wyniosła 1.417.201,4 tys. zł za pierwsze trzy kwartały 2024 r.

²⁰ Dalej MPZ.

²¹ Minister Zdrowia, na podstawie art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej opracował mapę potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych.

²² Rekomendacje te dotyczyły wszystkich podmiotów udzielających świadczeń AOS dla dzieci, także poradni funkcjonujących przy szpitalach.

²³ Dz. Urz. Woj. Wielkopolskiego z 17 grudnia 2021 r., poz. 9999.

Pomimo wzrostu nakładów na świadczenia AOS dla dzieci, a także cen jednostkowych rozliczenia świadczeń we wszystkich zakresach, aneksowania umów z dotychczasowymi świadczeniodawcami oraz organizowania, choć w ograniczonym zakresie, nowych konkursów nie udało się uzyskać poprawy dostępu do świadczeń. Nie doprowadzono do zmniejszenia liczby oczekujących i skrócenia średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Jako przyczyny niewystarczającego dostępu do świadczeń wskazywano brak kadry o wymaganych kwalifikacjach, niewystarczającą liczbę podmiotów leczniczych zainteresowanych realizacją umowy z NFZ, specyfikę realizacji świadczeń w niektórych ich zakresach (np. kardiologii, gastroenterologii czy pulmonologii) wymagającą cyklicznych wizyt kontrolnych, co powoduje że dostępna liczba miejsc dla pacjentów pierwszorazowych systematycznie maleje. Wskazywano również na wpływ pandemii COVID-19 w trakcie której część pacjentów rezygnowała z zaplanowanych wizyt, by następnie ponownie zarejestrować się po ustaniu zwiększonego zagrożenia zachorowaniem, co skutkowało w relatywnie krótkim okresie wzrostem liczby oczekujących i w konsekwencji wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenie.

Przykład

Pomiędzy 2021 r. a 2023 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w odniesieniu do przypadków pilnych, w zakresie wszystkich poradni, do których dostęp w ramach AOS dla dzieci zapewnił Opolski OW NFZ, wzrósł o 302 dni²⁴ (wzrost o 96,8%), w tym największy wzrost czasu oczekiwania dotyczył poradni alergologicznej²⁵, poradni chorób płuc²⁶ oraz poradni diabetologicznej²⁷; w odniesieniu do przypadków stabilnych, w zakresie wszystkich poradni, do których dostęp w ramach AOS dla dzieci zapewnił Oddział, wzrósł o 739 dni²⁸ (wzrost o 93,4%), w tym największy wzrost czasu oczekiwania dotyczył poradni chorób płuc²⁹, poradni alergologicznej³⁰ oraz poradni endokrynologicznej³¹.

Różnice w dostępności świadczeń pomiędzy województwami

Pomiędzy poszczególnymi województwami występowały istotne różnice dostępności świadczeń, w poszczególnych zakresach, mierzonej medianą średniego czasu oczekiwania i liczbą osób oczekujących.

W 2024 r.³² dla poradni okulistycznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 36 dni dla województwa lubelskiego do 400 dni dla województwa pomorskiego. Dla przypadków pilnych w województwie lubelskim nie wykazano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w woj. pomorskim mediana wynosiła 127 dni.

²⁴ Z 312 dni do 614 dni.

²⁵ Wzrost o 64 dni.

²⁶ Wzrost o 58 dni.

²⁷ Wzrost o 46 dni.

²⁸ Z 791 dni 1530 dni.

²⁹ Wzrost o 227 dni.

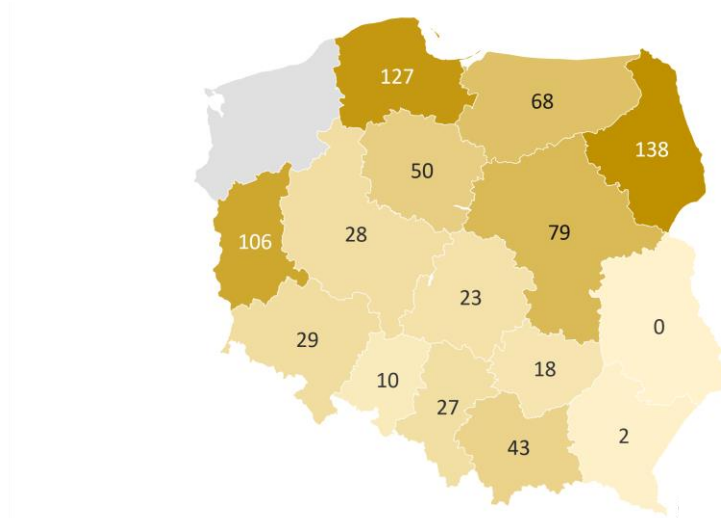
³⁰ Wzrost o 106 dni.

³¹ Wzrost o 86 dni.

³² Za II kwartał 2024 r.

Infografika 1

Porównanie mediany średniego czasu oczekiwania – przypadki pilne – poradnia okulistyczna dla dzieci na koniec I półrocza 2024 r.

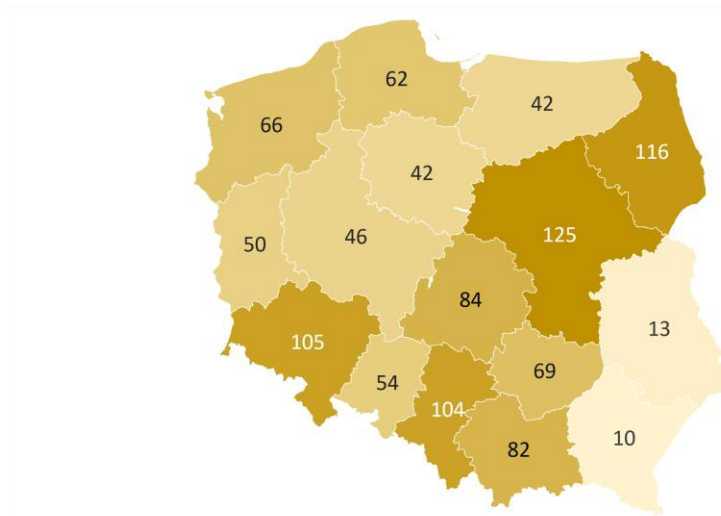


Źródło: dane sprawozdane przez NFZ

W tym samym czasie dla poradni neurologicznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 66 dni dla województwa podkarpackiego do 169 dni dla województwa łódzkiego. Dla przypadków pilnych od 10 dni dla województwa podkarpackiego do 125 dni dla województwa mazowieckiego.

Infografika 2

Porównanie mediany średniego czasu oczekiwania – przypadki pilne – poradnia neurologiczna dla dzieci na koniec I półrocza 2024 r.

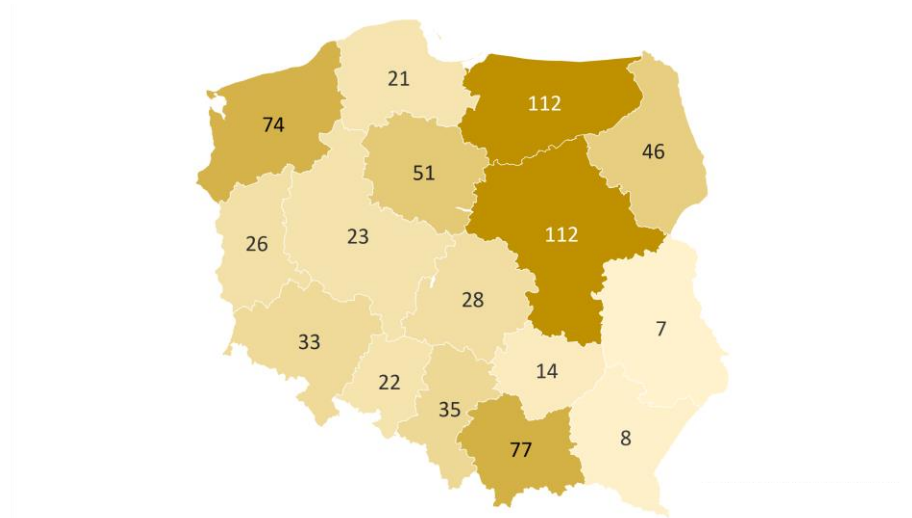


Źródło: dane sprawozdane przez NFZ

Dla poradni alergologicznych dla dzieci mediana dla przypadków stabilnych wahała się od 31 dni w województwie lubuskim do 184 dni w województwie warmińsko-mazurskim. Dla przypadków pilnych od 7 dni w województwie lubelskim do 112 dni w województwie mazowieckim i warmińsko-mazurskim.

Infografika 3

Porównanie mediany średniego czasu oczekiwania – przypadki pilne – poradnia alergologiczna dla dzieci na koniec I półrocza 2024 r.

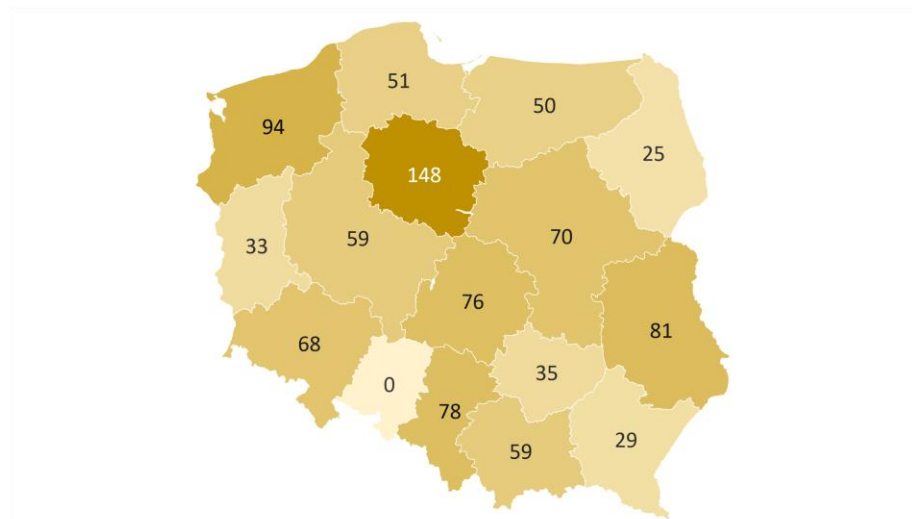


Źródło: dane sprawozdane przez NFZ

W odniesieniu do poradni kardiologicznych dla dzieci dla przypadków stabilnych mediana wynosiła od 47 dni dla województwa podlaskiego do 265 dni dla województwa kujawsko-pomorskiego. W przypadkach pilnych w województwie opolskim nie wykazano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła ona 148 dni.

Infografika 4

Porównanie mediany średniego czasu oczekiwania – przypadki pilne – poradnia kardiologiczna dla dzieci na koniec I półrocza 2024 r.

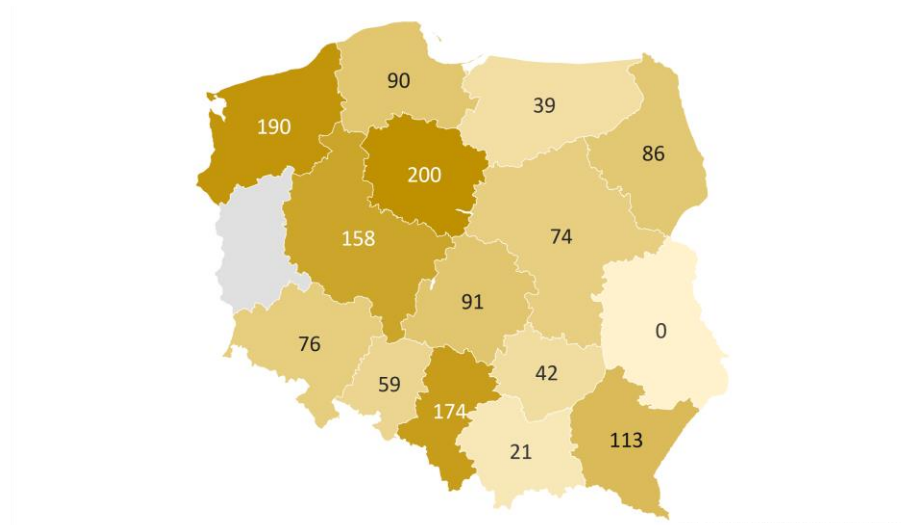


Źródło: dane sprawozdane przez NFZ

Dla poradni gastroenterologicznych dla dzieci mediana dla przypadków stabilnych wahała się od 92 dni w województwie lubelskim do 300 dni w województwie kujawsko-pomorskim. Dla przypadków pilnych w województwie lubelskim nie wykazano oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w województwie kujawsko-pomorskim mediana wynosiła 200 dni.

Infografika 5

Porównanie mediany średniego czasu oczekiwania – przypadki pilne – poradnia gastroenterologiczna dla dzieci na koniec I półrocza 2024 r.



Źródło: dane sprawozdane przez NFZ

Istotne różnice w dostępie do świadczeń AOS dla dzieci istniały również na terenie poszczególnych województw, gdzie znajdowały się podmioty objęte kontrolą NIK. W każdym z nich istniały powiaty, bądź grupy powiatów, na terenie których świadczenia w danym zakresie AOS dla dzieci nie były dostępne.

Przykład

Na terenie województwa wielkopolskiego, w skład którego wchodzi 35 powiatów, bez świadczeń AOS w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci, w I połowie 2024 r., pozostawały 34 powiaty, bez świadczeń w zakresie endokrynologii dla dzieci 33 powiaty, okulistyki dla dzieci 31 powiatów, nefrologii dziecięcej 31 powiatów, neurologii dziecięcej 27 powiatów, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci 26 powiatów. W konsekwencji rodzice dzieci, którym nie zapewniono danego zakresu świadczeń musieli szukać pomocy w placówkach znajdujących się na terenie innych powiatów lub korzystać ze świadczeń w podmiocie leczniczym udzielających świadczeń w analogicznym zakresie osobom dorosłym.

Odległości, jakie musieli pokonać pacjenci do podmiotów udzielających świadczeń AOS dla dzieci, zależały od zakresu świadczeń. Największe odległości (np. w woj. lubelskim dochodzące do 150 km) musieli oni przebyć w przypadku tych zakresów, w których NFZ zawarł tylko jedną umowę z jednym świadczeniodawcą na terenie całego województwa.

Przykład

Na terenie województwa lubelskiego obszarem kontraktowania było województwo m.in. dla świadczeń z zakresu diabetologii dla dzieci, rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci, endokrynologii dla dzieci, neurochirurgii dla dzieci, kardiologii dziecięcej oraz ginekologii dla dziewcząt. Pozostałe obszary kontraktowania składały się z pojedynczych powiatów lub grup powiatów³³ w zależności od zakresu kontraktowanych świadczeń. Najwięcej obszarów kontraktowania funkcjonowało w zakresach pediatrii (19), preluksacji (10), neonatologii (7) oraz alergologii (7).

³³ Obszar o największej grupie powiatów składał się z 14 takich jednostek. Pozostałe obszary składały się z grup w liczbie od dziewięciu do dwóch powiatów oraz pojedynczych takich jednostek, w zależności od zakresu świadczeń.

OW NFZ podejmowały działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń AOS dla dzieci i zmniejszenia odległości jaką musieli przebyć pacjenci do miejsc ich udzielania. Dokonywano zmian obszarów kontraktowania, zmniejszając ich wielkość w stosunku do rozmiarów przyjętych pierwotnie, tak aby zapewnić pacjentom możliwość skorzystania z określonych świadczeń jak najbliżej miejsca swojego zamieszkania. Działania te były jednak uwarunkowane zarówno ograniczonymi środkami finansowymi NFZ, jak i możliwościami kadrowymi podmiotów leczniczych, w efekcie nie zawsze były skuteczne.

Przykład

W okresie objętym kontrolą, na terenie województwa wielkopolskiego, w pięciu zakresach zmniejszyła się liczba powiatów pozostająca bez świadczeń AOS: w alergologii dla dzieci odpowiednio z 32 w 2021 r. do 30 w I połowie 2024 r., chirurgii dziecięcej z 23 w 2021 r. do 21 w I połowie 2024 r., endokrynologii dla dzieci z 34 w 2021 r. do 33 w I połowie 2024 r., okulistyki dla dzieci z 32 w 2021 r. do 31 w I połowie 2024 r., ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci z 28 w 2021 r. do 26 w I połowie 2024 r. Z kolei w pięciu innych zakresach wzrosła liczba powiatów pozostających bez świadczeń AOS w zakresach: chorób zakaźnych dla dzieci z 33 w 2021 r. do 34 w I połowie 2024 r., nefrologii dla dzieci z 30 w 2021 r. do 31 w I połowie 2024 r., w neurologii dziecięcej z 26 w 2021 r. do 27 w I połowie 2024 r., pediatrii z 13 w 2021 r. do 14 w I połowie 2024 r. oraz w chirurgii onkologicznej dla dzieci, gdzie od 2023 r. nie było zagwarantowanych tego rodzaju świadczeń. W pozostałych zakresach liczba powiatów bez zapewnionych świadczeń AOS nie uległa zmianie.

Zwiększanie liczby powiatów pozostających bez zabezpieczenia świadczeń AOS dla dzieci wynikało z rozwiązywania umów na wniosek dotychczasowych świadczeniodawców.

Brak kryteriów dla przypadku pilnego

NIK zwraca uwagę, iż na negatywne konsekwencje wydłużonego czasu oczekiwania narażeni są przede wszystkim pacjenci skierowani jako przypadki pilne. Jednocześnie brak jest kryteriów ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń. Obecnie obowiązują skierowania pilne, które nie opierają się na standaryzowanych wskazaniach klinicznych i zależą wyłącznie od uznania lekarza kierującego, który nie jest specjalistą w danej dziedzinie.

NIK zwróciła się do wybranych konsultantów krajowych, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK z prośbą o informacje dotyczące kierowania pacjentów w tym trybie oraz pytaniem czy na poprawę dostępności dla osób pilnie potrzebujących porady mogłoby wpłynąć opracowanie klinicznych wskaźników dla przypadku pilnego dla danego zakresu świadczeń. Z większości odpowiedzi, w których odniesiono się do tego zagadnienia, wynikało iż opracowanie takich kryteriów jest zasadne.

Przykłady

Zdaniem Konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii dziecięcej należy opracować kliniczne wskaźniki dla przypadku pilnego dla danego zakresu świadczeń. Jej zdaniem aktualne skierowania w trybie pilnym są zależne od wiedzy i doświadczenia lekarzy kierujących, które jest bardzo zróżnicowane. Dlatego takich skierowań jest bardzo dużo. Wiele z nich nie powinno dotyczyć trybu pilnego.

W ocenie Konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej opracowanie klinicznych wskaźników dla przypadku pilnego na pewno pomogłoby w selekcjonowaniu pacjentów, którzy rzeczywiście wymagają pilnej wizyty. Ich opracowanie i wdrożenie wymagałoby jednak długiej pracy ekspertów.

Zdaniem Konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej powiązanie skierowań w trybie pilnym z wystandaryzowanymi wskazaniami klinicznymi mogłoby wpłynąć na poprawę dostępności porad w zakresie neurologii dziecięcej.

Nieustalenie maksymalnego czasu oczekiwania

Nie ustalono również maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia na podstawie skierowania z adnotacją pilne. Określono jedynie, że pacjent kierowany w trybie pilnym powinien uzyskać świadczenie według kolejności wpisów na listę oczekujących przed pacjentami z kategorii medycznej „przypadek stabilny”³⁴. Obowiązkiem placówki jest umieszczenie pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jako kolejnego przypadku „pilnego”, ale przed wszystkimi przypadkami oznaczonymi jako „stabilne”. W ocenie NIK, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, czas oczekiwania powinien być maksymalnie skrócony, a pacjent, którego stan zdrowia wymaga leczenia w trybie pilnym nie powinien zbyt długo oczekiwać na udzielenie świadczenia. Stan taki stwarza bowiem ryzyko utrwalenia lub pogłębienia choroby i niepełnosprawności. W konsekwencji prowadzi to do większego obciążenia systemu ochrony zdrowia i większych kosztów leczenia w przyszłości.

W ocenie NIK, za celowe należy uznać wprowadzenie maksymalnych czasów oczekiwania na wizytę, dla pacjentów skierowanych jako przypadki pilne. Proces ten mógłby być realizowany etapami, poprzez stopniowe obniżanie tego czasu w miarę przezwyciężania barier ograniczających dostępność dla wybranych zakresów świadczeń. Niezbędne byłoby jednocześnie monitorowanie efektywności wdrażanego rozwiązania połączone z oceną możliwości wpływu na skracanie czasów oczekiwania.

5.1.2. ZAWIERANIE UMÓW NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ AOS DLA DZIECI

Przebieg postępowań konkursowych zgodny z przepisami

W objętych kontrolą OW NFZ postępowania w trybie konkursu ofert³⁵ były prowadzone zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy³⁶.

Stosownie do postanowień art. 140-141 ustawy o świadczeniach, w sposób jednoznaczny i wyczerpujący dokonywano opisu przedmiotu postępowania. Ogłoszenia o postępowaniu zamieszczano na stronach internetowych oddziałów, na tablicach ogłoszeń w ich siedzibach oraz przesyłano do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń. Zawierały one elementy wskazane w § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu. Powołane przez dyrektorów oddziałów komisje konkursowe spełniały wymagania określone w § 6 rozporządzenia.

Wyznaczone, w zbadanych postępowaniach, obszary kontraktowania pokrywały się z obszarami określonymi w planach zakupu świadczeń. Objęte badaniem postępowania, jak i zawarte w wyniku ich rozstrzygnięcia umowy na świadczenia AOS dla dzieci, mieściły się w ramach planowanych kwot.

Komisje konkursowe, odpowiedzialne za wybór świadczeniodawców, rzetelnie wypełniały zadania w zakresie rozpatrywania i oceny ofert. We wszystkich zbadanych w kontroli postępowaniach komisje sporządzały protokoły z jego przebiegu, w którym dokumentowały swoje działania na poszczególnych etapach postępowania. Stosownie do art. 139 ust. 6 ustawy o świadczeniach, we wszystkich zbadanych przypadkach, w dokumentacji z prac

³⁴ §3 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych.

Ponadto art. 20 ust. 7 ustawy o świadczeniach przewiduje, że istnieje możliwość przyspieszenia terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Pacjent może się wówczas zwrócić do podmiotu leczniczego, w którym oczekuje na świadczenie w poradni o dokonanie powtórnej kwalifikacji i weryfikację terminu jego udzielenia. Termin może być wówczas skorygowany i pacjent może być potraktowany jako np. przypadek nagły, jeśli będzie to uzasadnione względami medycznymi.

³⁵ Nie zachodziły przesłanki, wynikające z postanowień art. 144 ustawy o świadczeniach, do zastosowania trybu rokowań.

³⁶ Dz.U. z 2020 r., poz. 1858, dalej: rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.

komisji konkursowych zamieszczono oświadczenia ich członków o braku przesłanek wyłączenia z postępowania.

Uchybienie w pracy komisji konkursowych stwierdzono jedynie w OW NFZ w Poznaniu.

Przewodniczący komisji konkursowych (lub jego zastępca) powoływał zespoły do realizacji określonych zadań, na podstawie § 7 ust. 5 rozporządzenia *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu*, bez stosownego wniosku komisji konkursowej.

NIK wskazała, że § 7 ust. 5 wspomnianego rozporządzenia stanowi, że powoływanie i odwoływanie stałych lub doraźnych zespołów do realizacji określonych zadań spośród członków komisji konkursowej odbywa się na wniosek samej komisji. Z treści tego przepisu wynika jednoznacznie, że przewodniczący nie może autonomicznie podjąć decyzji o powołaniu lub odwołaniu zespołu, o czym przesądza sformułowanie: „na wniosek komisji konkursowej”. Do kompetencji przewodniczącego należy natomiast wybór i powołanie członków takiego zespołu spośród członków komisji.

W wyniku analizy ocen ofert dokonywanych przez komisje konkursowe nie stwierdzono przypadków przyjęcia i rozpatrzenia oferty niespełniającej wymagań. Wszystkie, złożone w zbadanych postępowaniach, oferty poddawano weryfikacji w odniesieniu do kryteriów przeprowadzanych postępowań, tj. kompleksowości, dostępności, ciągłości i jakości udzielanych świadczeń. Nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy wymaganiami zawartymi w ogłoszeniu, a deklaracjami świadczeniodawców o dysponowaniu zasobami i spełnianiu warunków udzielania świadczeń AOS dla dzieci.

Rozstrzygnięcia, w odniesieniu do zbadanych w kontroli postępowań, były ogłaszane zgodnie ze sposobem wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert, a wszystkie ogłoszenia o jego wynikach zawierały nazwę (firmę) oraz siedzibę i adres wykonawcy, który został wybrany. W żadnym ze zbadanych postępowań konkursowych nie zachodziły przesłanki wynikające z art. 151 ust. 6 ustawy *o świadczeniach*, dotyczące przekazania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

Stosownie do art. 107 ust. 5 pkt 7 lit. a) ustawy *o świadczeniach* dyrektorzy OW NFZ lub ich zastępcy, w zakresie udzielonego przez Prezesa NFZ pełnomocnictwa, zawierali umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS dla dzieci oraz rozliczali te umowy.

W wyniku szczegółowego badania wybranych umów stwierdzono, że zawarto je zgodnie z przyjętym planem zakupów, zabezpieczając dostęp do świadczeń dla osób uprawnionych i prawidłowo je realizowano.

Aneksowanie umów zamiast organizacji konkursów

OW NFZ, w celu zapewnienia dostępu do świadczeń, stosowały przede wszystkim przedłużanie dotychczasowych umów, w mniejszym zakresie organizując postępowania konkursowe³⁷. Wykorzystywano w tym celu przepisy szczególne, tworząc w niektórych oddziałach stałą praktykę postępowania mimo generalnej zasady wyrażonej w art. 139 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*.

W efekcie znaczną część umów stanowiły umowy zawarte w wyniku postępowań konkursowych przeprowadzonych przed ponad 10 laty. Od tego czasu zaszły istotne zmiany związane z rozprzestrzenianiem się chorób cywilizacyjnych, nowymi zagrożeniami epidemicznymi, czy sytuacją demograficzną. Zmienił się również potencjał świadczeniodawców.

³⁷ Zgodnie z art. 139 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*, podstawą zawierania przez NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.

Przykłady

W I półroczu 2024 r. w Opolskim OW NFZ obowiązywały dwie umowy dotyczące świadczeń w rodzaju AOS dla dzieci, zawarte w I półroczu 2024 r. w wyniku postępowania konkursowego. W tym samym okresie obowiązywało: 26 umów zawartych mniej niż pięć lat przed 1 stycznia 2024 r.; 11 umów zawartych od 5 do 10 lat przed 1 stycznia 2024 r.; 40 umów zawartych 10 lat i więcej przed 1 stycznia 2024 r.

W skontrolowanym, w ramach kontroli rozpoznawczej do kontroli planowej, Mazowieckim OW NFZ ponad 64,7% wszystkich obowiązujących w latach 2021–2023 umów w zakresach AOS stanowiły umowy funkcjonujące ponad pięć lat, z czego 51,7% wszystkich umów zawartych było w wyniku konkursów przeprowadzonych ponad 10 lat wcześniej.

Przedłużając okres obowiązywania umów, w latach 2013–2024, korzystano z przepisów wskazanych w:

- ustawie z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³⁸, art. 4 ust. 1, który stanowi, że na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [...] realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2014 r.
- ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³⁹, art. 23 ust. 1, który stanowi, że, na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r.
- ustawie z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁴⁰, art. 2 ust. 1, który stanowi, że na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r.
- ustawie z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴¹, art. 6 ust.1, który stanowi, że na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: 1. [...] ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [...] realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy – **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 30 września 2017 r.; 2. [...] ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi na podstawie art. 159a⁴² [...] – **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r.
- ustawie o świadczeniach, art. 156 ust. 1a, który stanowi, że w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **może zostać przedłużony**, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

³⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 1290.

³⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

⁴⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 2198.

⁴¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

⁴² Umowy zawarte w ramach wprowadzonego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

- ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw⁴³, art. 11, który stanowi, że na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i realizowane w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, **mogą zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

- ustawie z dnia 19 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁴, której art. 2 ust. 1 który stanowi, że na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, **może zostać przedłużone** na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 r.

- ustawie z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁴⁵, art. 18 ust. 2, który stanowi, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii **mogą zostać przedłużone**, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą strony danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzania, po odwołaniu stanu epidemii zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o którym mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej [...].

W przypadku przedłużania okresu obowiązywania umów nie prowadzono pełnej weryfikacji spełniania przez świadczeniodawców pierwotnych warunków zawartych w wymogach konkursowych.

Przykład

Dyrektor Opolskiego OW NFZ, zawierając aneksy do umów na udzielanie świadczeń w rodzaju AOS dla dzieci, nie zapewniła pełnej weryfikacji spełniania przez świadczeniodawców pierwotnych warunków zawartych w wymogach konkursowych. Ograniczyła się bowiem do pobrania oświadczeń przedkładanych w tym zakresie przez ww. świadczeniodawców, bez zlecenia przeprowadzenia kontroli w miejscu udzielania świadczeń. Ponadto, w okresie objętym kontrolą, Dyrektor Oddziału nie wnioskowała do Centrali NFZ o przeprowadzenie kontroli świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju AOS dla dzieci, a Terenowy Wydział Kontroli VIII w Opolu Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia takich kontroli nie przeprowadzał, mimo że do Oddziału wpływały skargi na świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju AOS dla dzieci (w tym dwie skargi uznane na zasadne na dwóch z trzech świadczeniodawców objętych próbą kontrolną).

W ocenie NIK, wielokrotne przedłużanie umów, bez weryfikacji potencjału świadczeniodawców w postępowaniu konkursowym, może prowadzić do ich nieprawidłowej realizacji, odbiegającej od pierwotnie zaakceptowanej przez NFZ oferty. Stwarza to ryzyko pogorszenia jakości i dostępności świadczeń, a więc może być niekorzystne dla pacjentów. Tym bardziej, iż z uwagi na ograniczone zasoby oraz problemy z zatrudnieniem osób z wykształceniem medycznym, NFZ nie jest w stanie prowadzić skutecznej kontroli wszystkich świadczeniodawców. NIK już w 2012 r. ustaliła, iż warunki organizacyjne działalności kontrolnej NFZ nie zapewniały adekwatnej do potrzeb liczby kontroli, a ich ograniczony zakres nie obejmował sprawdzenia istotnych

⁴³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, ze zm.

⁴⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1128.

⁴⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 567.

elementów dostępności i jakości świadczeń. Średnia częstość kontroli świadczeniodawcy była mniejsza niż raz na 10 lat.⁴⁶

Praktyka wielokrotnego przedłużania obowiązywania umów nie sprzyjała również pozyskaniu nowych świadczeniodawców, których można byłoby pozyskać organizując większą liczbę konkursów, na co NIK zwróciła uwagę po kontroli w Wielkopolskim OW NFZ.

Przykład

Wielkopolski OW NFZ, pomimo zwiększania się liczby osób oczekujących na świadczenia i czasu tego oczekiwania, nie organizował zwiększonej liczby postępowań konkursowych, które stwarzałyby możliwość powiększenia bazy świadczeniodawców i poprawy dostępności świadczeń AOS dla dzieci:

- w zakresie gastroenterologii. Według Planu zakupu świadczeń na 2024 r. w dwóch subregionach konińskim⁴⁷ i pilskim⁴⁸ nie zapewniano świadczeń w tym zakresie, ponadto występował stały trend wzrostowy średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia (131 dni dla przypadków pilnych i 203 dni dla przypadków stabilnych na koniec I poł. 2024 r.⁴⁹). Ponadto według MPZ oraz WPT rekomendowano ogłaszanie postępowań w tym zakresie;

- w zakresie nefrologii. Według Planu zakupu świadczeń na 2024 r. w subregionie pilskim nie zapewniano świadczeń w tym zakresie, ponadto występował stały trend wzrostowy średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia (110 dni dla przypadków stabilnych i 174 dni dla przypadków stabilnych na koniec I poł. 2024 r.⁵⁰). Ponadto według MPZ oraz WPT rekomendowano ogłaszanie postępowań w tym zakresie;

- w zakresie endokrynologii dla dzieci, poza jednym w 2023 r. nr 15-23-000418/AOS/02/1/02.1031.001.02/01, pomimo, że dla tych świadczeń występowały najdłuższe ze wszystkich zakresów dla dzieci czasy oczekiwania na ich udzielenie. Ponadto poprawa ich dostępności była rekomendowana w WPT, a trzy subregiony pilski, koniński i leszczyński⁵¹ nie miały na swoim terenie punktu ich udzielania;

- w zakresie kardiologii dla dzieci, pomimo, że w okresie 2021–2024 (I półrocze) nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania o 110% dla przypadków pilnych i o 17% dla przypadków stabilnych oraz wzrost liczby osób oczekujących odpowiednio o 98% i 97%. Ponadto do Oddziału swoje propozycje udzielania świadczeń w tym zakresie w 2023 r. złożył podmiot medyczny oraz dwa kolejne w marcu i kwietniu 2024 r.;

- w zakresie reumatologii dla dzieci, pomimo, że w okresie 2021–2024 (I półrocze) nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania o 102% dla przypadków pilnych i o 69% dla przypadków stabilnych oraz wzrost liczby osób oczekujących odpowiednio o 347% i 165%. Ponadto do Oddziału swoje propozycje udzielania świadczeń w tym zakresie w 2023 r. złożyły dwa podmioty medyczne;

- w zakresie okulistyki dla dzieci w okresie od II poł. 2023 r., pomimo, że w okresie 2021–2024 (I półrocze) nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania o 153% dla przypadków pilnych i o 44% dla przypadków stabilnych oraz wzrost liczby osób oczekujących odpowiednio o 461% i 159%. Ponadto do Oddziału swoje propozycje udzielania świadczeń w tym zakresie złożył w 2023 r.

⁴⁶ Informacja o wynikach kontroli NIK „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Nr ewid. 176/2012/P12142/LKR

⁴⁷ Subregion obejmuje powiaty: kolski, m. Konin, koniński, słupecki i turecki.

⁴⁸ Subregion obejmuje powiaty: chodzieski, czarnkowsko-trzcieński, pilski, wągrowiecki i złotowski.

⁴⁹ Wzrost średniego czasu w porównaniu do 2021 r. o 157% dla przypadków pilnych i o 97% dla przypadków stabilnych

⁵⁰ Wzrost średniego czasu w porównaniu do 2021 r. o 69% dla przypadków pilnych i o 87% dla przypadków stabilnych

⁵¹ Subregion obejmuje powiaty: gostyński, kościański, leszczyński, m. Leszno, rawicki i wolsztyński.

i ponownie w 2024 r. podmiot medyczny z Gniezna, a w Planie na 2024 r. przyjęto ogłaszanie nowych postępowań m.in. w powiecie gnieźnieńskim w rodzaju AOS w zakresie okulistyki;

- w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci oraz neurologii dziecięcej. W przypadku neurologii w okresie 2021–2024 (I półrocze) nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania o 309% dla przypadków pilnych i o 131% dla przypadków stabilnych oraz wzrost liczby osób oczekujących odpowiednio o 272% i 48%, natomiast dla gruźlicy i chorób płuc wzrost o 300% dla przypadków pilnych i o 119% dla przypadków stabilnych oraz wzrost liczby osób oczekujących odpowiednio o 670% i 124%.

W przypadku prowadzenia postępowań konkursowych, w wielu przypadkach, nie dochodziło jednak do wyboru świadczeniodawcy i podpisania z nim umowy. Powodem był brak zainteresowania podmiotów leczniczych złożeniem oferty i zawarciem umowy.

Przykład

Mazowiecki OW NFZ podjął próbę zakontraktowania świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci, dla której zmieniono obszar kontraktowania i ogłoszono postępowania konkursowe na obszarach 32 powiatów, w których brak było poradni (wcześniej kontraktowane były na województwo i następnie na subregiony). Rozstrzygnięto tylko dwa postępowania w wyniku których zawarto dwie umowy.

Prawidłowe rozliczanie umów o udzielanie świadczeń

5.1.3. NADZÓR NAD REALIZACJĄ ŚWIADCZEŃ AOS DLA DZIECI

Oddziały NFZ prawidłowo rozliczały umowy o udzielenie świadczeń AOS dla zakresów wyodrębnionych dla dzieci. Podstawą rozliczeń za wykonane świadczenia AOS dla dzieci były przekazywane przez świadczeniodawców, za pośrednictwem systemu informatycznego⁵², raporty statystyczne oraz rachunki (faktury).

Do sprawdzania poprawności raportów statystycznych stosowano procedury walidacji i weryfikacji. Proces walidacji i weryfikacji danych obejmował wszystkie rodzaje świadczeń. Walidacja stanowiła automatyczne sprawdzenie poprawności formalnej i kompletności danych przekazywanych do Oddziału. Z kolei weryfikacja składała się z dwóch etapów - wstępnego i weryfikacji kontrolnej. Weryfikacji wstępnej podlegały rekordy określone w wyniku działania walidacji jako poprawne. W tym etapie weryfikacji dokonywano automatycznego sprawdzenia poprawności danych w zakresie zgodności z warunkami umów i obowiązującymi przepisami. Także po dokonaniu płatności za świadczenia przeprowadzano ciągłe lub cykliczne badania otrzymanych raportów w zakresie ich zgodności z warunkami umów i obowiązującymi przepisami prawa w celu wykrycia nieprawidłowości na etapie realizacji umowy. Weryfikacją kontrolną było uruchomienie przez Oddział procedury sprawdzającej w celu stwierdzenia występowania tych samych lub wykluczających się zdarzeń w raportach za bieżący okres lub wcześniejsze okresy sprawozdawcze.

Monitorowanie wykonania umów miało regularny charakter i polegało także na prowadzeniu analiz faktycznej realizacji umów w oparciu o plany rzeczowo-finansowe. W okresie miesięcznym dokonywane były analizy poziomu wykorzystania środków finansowych w poszczególnych rodzajach świadczeń, w tym świadczeń dla dzieci.

Zapewniono rzetelne rozpatrywanie skarg dotyczących realizacji świadczeń w ramach umów AOS dla dzieci, z zachowaniem wymaganych terminów.

⁵² System Zarządzania Obiegiem Informacji.

5.2. ŚWIADCZENIODAWCY

Udzielanie świadczeń nie w pełni zgodne z postanowieniami umów

Kontrolowane podmioty udzielały świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu AOS dla dzieci na ogół w sposób określony w umowach zawartych z NFZ. Spełnione były wymogi dotyczące kwalifikacji personelu medycznego oraz warunków lokalowych i wyposażenia w sprzęt, natomiast wystąpiły rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń, a czasem określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów z NFZ.

5.2.1. SPEŁNIANIE WYMAGAŃ WYNIKAJĄCYCH Z OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Organizacja i sposób udzielania świadczeń na ogół zgodny z umowami

Organizacja i sposób realizacji świadczeń AOS dla dzieci były, poza jednym przypadkiem, zgodne z postanowieniami umów zawartych z NFZ. Spełniano warunki realizacji świadczeń dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń AOS dla dzieci były przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami oraz spełniały wymagania w zakresie znajdującego się w nich sprzętu i wyposażenia.

Odstępstwa od postanowień umownych dotyczące liczby personelu stwierdzono w jednej jednostce.

W Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej skład oraz czas pracy personelu pielęgniarskiego, znajdującego się w dyspozycji świadczeniodawcy, nie był zgodny z postanowieniami umowy zawartej z NFZ w zakresie poradni alergologicznej dla dzieci.

Według danych ujętych w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy z NFZ, personel poradni alergologicznej dla dzieci miał obejmować trzy pielęgniarki dostępne łącznie przez 24 godziny tygodniowo. W okresie objętym kontrolą w poradni dostępna była jedna pielęgniarka. Pielęgniarka ta pracowała w przychodni w poniedziałki i w środy w godzinach od 9:00 do 16:30 (tj. przez 15 godzin tygodniowo). Biorąc pod uwagę fakt, że świadczeniodawca – oprócz poradni alergologicznej dla dzieci – prowadził również poradnię alergologiczną dla dorosłych, a zgodnie z umową zawartą pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ łączny czas obu tych poradni wynosił 33 godziny, to czas pracy pielęgniarki stanowił 46% zadeklarowanego w umowie całkowitego czasu pracy przychodni.

Powyższe skutkowało naruszeniem zadeklarowanego przez świadczeniodawcę na etapie prowadzonego postępowania konkursowego procentowego udziału czasu pracy personelu pielęgniarskiego w stosunku do czasu pracy poradni (wynoszącego 50%). Stan taki był sprzeczny z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵³. Zgodnie z tym przepisem, oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej.

Ponadto świadczeniodawca umożliwiał udzielanie świadczeń finansowanych przez pacjentów lub ich przedstawicieli (w ramach wizyt prywatnych) w czasie, w którym - zgodnie z załącznikiem *Harmonogram-zasoby* do umowy z NFZ - poradnia alergologiczna dla dzieci powinna być dostępna dla pacjentów, którym udzielane są świadczenia finansowane w ramach tej umowy.

⁵³ Dz. U. z 2002 r. poz. 402.

Rozbieżność pomiędzy czasem udzielania świadczeń a czasem w harmonogramach

W przypadku 44% kontrolowanych świadczeniodawców⁵⁴ stwierdzono przypadki rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń, a czasem określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów z NFZ.

Nie udzielano świadczeń w niektórych dniach, bądź godzinach, wskazanych w tych harmonogramach, co dodatkowo ograniczało dostępność świadczonych usług.

Przykład

W „ESCULAP” spółka z o.o.⁵⁵, w przypadku poradni okulistycznej dla dzieci stwierdzono, że nie udzielano świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 *Harmonogram-Zasoby*, gdzie wskazano m.in. w pkt. II *Dostępność miejsca udzielania świadczeń* dni i godzin pracy poradni.

Dotyczyło to, w analizowanym miesiącu - styczniu 2023 r., nieudzielania świadczeń:

- we wszystkie poniedziałki w godz. 8:00 – 12:30 oraz w godz. 14:00 – 15:00 w przypadku: 9, 16 i 30 stycznia;
- we wtorki w godz. 15:00 – 16:00 dla 10 i 31 stycznia;
- we środy w godz. 12:00 – 13:00 oraz 16:00 – 20:00 dla 18 stycznia;
- we wszystkie czwartki w godz. 16:00 – 20:00;
- w piątki 6 i 27 stycznia oraz w godz. 14:00 – 15:00 13 i 20 stycznia.

W kolejnym analizowanym miesiącu - styczniu 2024 r. braki stwierdzono natomiast:

- we wszystkie poniedziałki w godz. 8:00 – 12:30 oraz w godz. 14:00 – 15:00 w przypadku: 8, 15 i 29 stycznia;
- we wtorki w godz. 15:00 – 16:00 w przypadku: 9, 16 i 30 stycznia;
- w środy w godz. 12:00 – 13:00 oraz 16:00 – 20:00 w przypadku 3 stycznia;
- w czwartki w godz. 16:00 – 20:00, dotyczyło to 4 i 25 stycznia;
- w piątki w godz. 14:00 – 15:00 w dniu 5 stycznia.

W Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” SPZOZ⁵⁶, w całym okresie objętym kontrolą, lekarz udzielał świadczeń w zakresie nefrologii dla dzieci niezgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy z NFZ oraz zadeklarowanym w ofercie złożonej przez „CePeLek” w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z umową lekarz w poradni nefrologicznej dla dzieci powinien udzielać świadczeń w godzinach popołudniowych raz w tygodniu, między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości czterech godzin. Taki sposób udzielania świadczeń wynikał z treści oferty złożonej przez „CePeLek” w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ofercie świadczeniodawca wskazał, że świadczenia w godzinach popołudniowych udzielane będą w środy w godzinach 14.00 - 18.00.

W trakcie kontroli ustalono, że świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci w całym okresie objętym kontrolą były udzielane tylko w godzinach przedpołudniowych, tj. 7.30-13.00. Nie był więc spełniony zadeklarowany w ofercie warunek udzielania świadczeń w godzinach popołudniowych, między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości czterech godzin.

Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność badań lub procedur medycznych były zgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1 *Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji* do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

⁵⁴ NZOZ Medyk Poznań Spółka z o.o., NZOZ Specjalistka s.c. Spolmed, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” SPZOZ, „ESCULAP” spółka z o.o.

⁵⁵ Dalej „ESCULAP”.

⁵⁶ Dalej „CePeLek”.

Odstępstwa w zakresie specyfiki posiadanego wyposażenia

6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵⁷.

W przypadku 33% kontrolowanych świadczeniodawców⁵⁸ wystąpiły jednak niewielkie odstępstwa w zakresie specyfiki posiadanego wyposażenia i wypełniania związanych z nim obowiązków informacyjnych.

Przykład

W „ESCU LAP” wykaz sprzętu medycznego ujęty w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” (część IV Sprzęt) do umowy z NFZ w przypadku poradni okulistycznej dla dzieci, nie był zgodny ze stanem faktycznym, stwierdzonym podczas oględzin. Dotyczyło to danych sześciu z 19 sprzętów medycznych objętych oględzinami w zakresie daty produkcji i numeru seryjnego. Było to efektem błędu pracownika, który nastąpił po wymianie sprzętu wykazanego w załączniku nr 2 na nowsze modele. Dokonał on zgłoszenia zmiany posiadanego sprzętu w odniesieniu do poradni okulistycznej dla dorosłych, nie uwzględniając poradni dla dzieci.

W przypadku 56% kontrolowanych świadczeniodawców⁵⁹ nie zapewniono pełnego dostępu pacjentom do wszystkich, wymaganych przepisami prawa, informacji w miejscach ogólnodostępnych. Naruszano w ten sposób postanowienia § 11 ust. 1, 4 i 5 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Stwierdzone braki w informacji dla pacjentów dotyczyły m.in. godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach; zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; zasad potwierdzania prawa do świadczeń. Wszystkie niezbędne informacje zostały uzupełnione jeszcze w trakcie trwania kontroli NIK.

Przykład

W budynku NZOZ Medyk Poznań spółka z o.o, w którym udzielano świadczeń nie zamieszczono niektórych informacji dla pacjentów, o których mowa w § 11 rozporządzenia w sprawie OWU. Dotyczyło to informacji o:

- godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (§11 pkt 1 ww. rozporządzenia),
- miejscach i godzinach udzielania świadczeń przez podwykonawców w zakresie dotyczącym diagnostyki (§11 ust. 4 pkt 2),
- zasadach potwierdzania prawa do świadczeń (§11 ust. 4 pkt 6),
- adresie i numerach telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (§11 ust. 4 pkt 7).

Zarząd NZOZ Medyk wyjaśnił, że w trakcie prac remontowo-porządkowych konieczne było usunięcie tablic informacyjnych i po przeprowadzeniu tych prac, przez niedopatrzenie nie zamieszczono części z tych informacji ponownie.

W toku kontroli brakujące informacje zostały uzupełnione.

Wzrost czasu oczekiwania

W okresie objętym kontrolą, czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wykazywał tendencję wzrostową w przypadku większości zakresów świadczeń, dla przypadków stabilnych, a niekiedy także dla pilnych.

Przykłady

W Specjalistycznym Zespole Medycznym „INTERMED” średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń (przypadków stabilnych), na 31 grudnia 2021 r., 2022 r., 2023 r. oraz 30 czerwca 2024 r. w poszczególnych poradniach dziecięcych wynosił odpowiednio:

⁵⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.,

⁵⁸ „ESCU LAP” spółka z o.o, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”, Specjalistyczna Praktyka Lekarska.

⁵⁹ Specjalistyczny Zespół Medyczny INTERMED spółka z o.o., NZOZ Specjalistyka s.c. Spolmed, ESCU LAP” spółka z o.o, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek, NZOZ Medyk Poznań spółka z o.o.

- w poradni okulistycznej dla dzieci: 22, 32, 44 i 40 dni;
- w poradni neurologicznej dla dzieci: 26, 32, 44 i 75 dni;
- w poradni endokrynologicznej dla dzieci: 15, 41, 81 i 139 dni;
- w poradni diabetologicznej dla dzieci: 28, 43, 48 i 80 dni;
- w poradni neonatologicznej: 37, 30, 10 i 9 dni.

Przypadki pilne przyjmowano na bieżąco.

W „CePeLek”, na koniec 2023 r. oraz I półrocza 2024 r., średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci zwiększył się we wszystkich poradniach, zarówno dla kategorii medycznej przypadek pilny, jak i przypadek stabilny, i tak:

1) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 88 dni w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 60,2% w stosunku do 2021 r. (141 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 99 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 127 dni w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 35,4% w stosunku do 2021 r. (172 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 175 dni;

2) Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 37 dni, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 145,9% w stosunku do 2021 r. (91 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 104 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 111 dni w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 48,6% w stosunku do 2021 r. (165 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 134 dni;

3) Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 46 dni w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 117,4% w stosunku do 2021 r. (100 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 85 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 68 dni, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 94,1% w stosunku do 2021 r. (132 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 134 dni;

4) Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 14 dni w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 357,1% w stosunku do 2021 r. (64 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 66 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 24 dni, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 279,2% w stosunku do 2021 r. (91 dni), a w I półroczu 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 89 dni.

**Nieprawidłowe
prowadzenie
dokumentacji
medycznej**

Dane dotyczące wykonania świadczeń, w ramach analizowanych przez NIK zakresów świadczeń, wykazane w dokumentacji medycznej, były zgodne z danymi zraportowanymi przez kontrolowane podmioty w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji⁶⁰ oraz danymi wykazanymi na fakturach wystawionych dla NFZ za wskazany okres.

Żaden z kontrolowanych podmiotów nie prowadził jednak w sposób w pełni zgodny z obowiązującymi przepisami dokumentacji medycznej. Najwięcej błędów popełniano przy prowadzeniu harmonogramu przyjęć pacjentów. Harmonogramy, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie AOS dla dzieci prowadzone były w systemach informatycznych świadczeniodawców, bądź w aplikacji AP-KOLCE⁶¹.

W przypadku 89% kontrolowanych świadczeniodawców⁶² wystąpiły przypadki niezamieszczania w harmonogramach przyjęć wszystkich wymaganych informacji lub wprowadzania ich w sposób nieprawidłowy.

⁶⁰ SZOI. System ten służy do dwukierunkowej komunikacji między oddziałem wojewódzkim NFZ i podmiotami zewnętrznymi, w tym świadczeniodawcami.

⁶¹ Aplikacja Kolejki Centralne - aplikacja udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

⁶² Specjalistyczna Praktyka Lekarska., Przychodnia Specjalistyczna Hipoteczna 4 sp. z o.o., Specjalistyczny Zespół Medyczny INTERMED spółka z o.o., NZOZ, Specjalistyka s.c. Spolmed,

Przykłady

Prowadzony w Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej harmonogram przyjęć nie obejmował danych pacjentów pierwszorazowych, przyjętych w okresie do października 2023 r. włącznie, a tym samym świadczeniodawca nie posiadał również listy oczekujących na udzielenie świadczeń w tym okresie. Taki stan był niezgodny z art. 29 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta* w związku z art. 19a ust. 6 ustawy o *świadczeniach*. W świetle ww. przepisów harmonogram przyjęć stanowi część dokumentacji medycznej, którą podmiot udzielający świadczeń powinien przechowywać przez okres co najmniej 20 lat⁶³, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Zgodnie natomiast z art. 20 ust. 4 ustawy o *świadczeniach*, lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.

W „CePeLek” w przypadku 23 wpisów, z 1410 analizowanych, brak było wpisanego rozpoznania. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 1 oraz art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. f ustawy o *świadczeniach*, który stanowił, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, rozpoznanie lub powód przyjęcia. Było to również niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 5 oraz § 8 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, który stanowił, że w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, są gromadzone dane: rozpoznanie lub powód przyjęcia; wpisanie rozpoznania jest obowiązkowe, jeżeli można je ustalić na podstawie skierowania, które jest podstawą dokonania wpisu.

W 30 przypadkach, w odniesieniu do pacjentów kontynuujących leczenie wskazano kategorię świadczeniobiorcy „przyjęty na bieżąco” zamiast kategorii świadczeniobiorcy „5 - kontynuujący leczenie”. Było to niezgodne z art. 19a ust. 2 ustawy o *świadczeniach*, który stanowił, że świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia - termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia, a świadczeniobiorcy kontynuującemu leczenie - termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia. Było to również niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, zgodnie z którym kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć powinien przyjąć wartość „5 – kontynuujący leczenie”.

Wystąpiły również nieprawidłowości przy wpisywaniu pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Przykłady

W Przychodni Specjalistycznej Hipoteczna 4 sp. z o.o. dwóm pacjentom pierwszorazowym udzielono świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Pacjenci nie zostali wpisani na listę oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzoną w aplikacji „AP-KOLCE”. Zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, świadczeniodawcy udzielający, w ramach umowy z Funduszem, świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia, prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

W „CePeLek” na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku czterech wpisów, z 22 objętych analizą, została wpisana kategoria medyczna przypadek stabilny, mimo że na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego była wpisana kategoria medyczna przypadek pilny. Było to niezgodne z art. 20 ust. 5 ustawy o *świadczeniach*, który stanowił, że listę oczekujących prowadzi się zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w

ESCULAP” spółka z o.o., Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, SZPZLO.

⁶³ Dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia drugiego roku życia powinna być przechowywana przez okres 22 lat.

przepisach wydanych na podstawie ust. 11⁶⁴. Było to również niezgodne z § 2 ust. 3 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, który stanowił, że w przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca przy umieszczaniu świadczeniobiorcy na liście oczekujących bierze pod uwagę kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

W przypadku 33% kontrolowanych świadczeniodawców⁶⁵ wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania. Natomiast warunki przechowywania papierowej dokumentacji medycznej nie zawsze zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą.

Przykład

W „ESCULAP” dokumentacja medyczna znajdująca się w rejestracjach przychodni zlokalizowanych na pierwszym i drugim piętrze budynku oraz w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym była przechowywana w szafkach i komodach niezamykanych na klucz, jak również na otwartych regałach. Dotyczyło to m.in.: oświadczeń pacjentów, wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, wyników badań diagnostycznych, zewnętrznej dokumentacji medycznej oraz kart historii zdrowia i choroby z lat poprzednich. Było to niezgodne z wymogami załącznika nr 1 do obowiązującej *Polityki bezpieczeństwa*, zgodnie z którym dokumentacja przechowywana jest w szafkach zamykanych na klucz w wyznaczonym do tego celu miejscu, a dostęp do kluczy posiadają tylko upoważnione osoby.

Zabezpieczeniu danych pacjentów nie sprzyjały stwierdzone przypadki opóźnień w odbieraniu byłym pracownikom dostępu do systemu informatycznego kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców.

Przykłady

W „ESCULAP” w przypadku jednego użytkownika systemu informatycznego dostęp do systemu został odebrany po 657 dniach od zakończenia stosunku pracy, co było niezgodne z art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁶⁶ oraz §12 ust. 8 *Polityki bezpieczeństwa* wskazującym na konieczność dokonywania okresowego przeglądu ustanowionych użytkowników i ich aktualizacji nie rzadziej niż raz na rok oraz naruszało zasady przewidziane w punkcie 6 *Procedury nadawania, weryfikowania, cofania upoważnień do przetwarzania danych w systemie informatycznym*, zgodnie z którym w przypadku zakończenia współpracy (...) upoważnienie jest niezwłocznie cofane.

W NZOZ Medyk, 10 osobom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej, z którymi zakończono współpracę, odebrano możliwość dostępu do danych zawartych w oprogramowaniu medycznym po upływie co najmniej dwóch miesięcy od zakończenia udzielania świadczeń. Działanie takie było niezgodne ze wspomnianym przepisem ustawowym.

⁶⁴ Dotyczącego kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących.

⁶⁵ ESCULAP” spółka z o.o, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”, NZOZ Medyk Poznań spółka z o.o.

⁶⁶ Dz. U. z 2023 r, poz.2465. Zgodnie z powołanym przepisem dostęp do danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych usługobiorców, przetwarzanych w systemie teleinformatycznym usługodawcy lub w SIM ma pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy, u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy, w związku z wykonywaniem przez niego zawodu u tego usługodawcy, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia diagnostyki lub zapewnienia ciągłości leczenia.

Wystąpiły również przypadki nieprawidłowości w zakresie dokumentowania udostępniania dokumentacji medycznej.

Przykład

W „CePeLek” nie prowadzono wykazu udostępnianej dokumentacji medycznej, obejmującego dane pacjenta, sposób i zakres udostępnienia, dane osoby lub podmiotu, któremu dokumentacja została udostępniona, dane i podpis osoby udostępniającej oraz datę udostępnienia, co było niezgodne z art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

Nieprawidłowa realizacja obowiązków informacyjnych

W przypadku 33% kontrolowanych świadczeniodawców⁶⁷ nie realizowano lub realizowano z opóźnieniem niektóre obowiązki informacyjne wobec NFZ. Dotyczyło to nieterminowego zgłaszania lub niezgłaszania do NFZ zaistniałych zmian w składzie personelu medycznego, co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Ponadto nie zgłaszano planowanych przerw w działalności poradni udzielających świadczeń AOS dla dzieci, co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

Przykłady

W „CePeLek” nieterminowo zgłaszano lub niezgłaszano dyrektorowi OW NFZ zaistniałych zmian w składzie personelu medycznego. Działanie takie było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

W NZOZ Medyk nie zgłaszano dyrektorowi OW NFZ planowanych przerw w udzielaniu świadczeń w poradniach: chirurgii, reumatologicznej i okulistycznej, co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU

Przerwy w udzielaniu świadczeń dodatkowo pogarszały dostępność świadczeń dla pacjentów.

Przykład

W „CePeLek”, w latach 2021 – 2024 (I półrocze), w związku z brakiem możliwości udzielania świadczeń⁶⁸, doszło do dwóch czasowych przerw w ich udzielaniu. W zakresie alergologii dla dzieci przerwa wyniosła 155 dni (od 26 września 2022 r. do 28 lutego 2023 r.), a otolaryngologii dziecięcej 38 dni (od 23 sierpnia do 30 września 2021 r.).

Wysoki wiek personelu medycznego

Pogorszenie dostępu do świadczeń AOS dla dzieci w przyszłości może być konsekwencją niewystarczających zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia i starzenia się personelu udzielającego świadczeń AOS dla dzieci. W niektórych kontrolowanych podmiotach, w poszczególnych zakresach świadczeń, średni wiek lekarzy, a niekiedy także pielęgniarek przekraczał 60 lat.

⁶⁷ Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”, NZOZ Medyk Poznań spółka z o.o.

⁶⁸ Długotrwała usprawiedliwiona nieobecność osób udzielających świadczeń.

Przykłady

W NZOZ Specjalistyka s.c. Spolmed średni wiek lekarzy udzielających świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci, według stanu na koniec lat 2021, 2022, 2023 oraz na 30 września 2024 r., wynosił odpowiednio: - 65, 66, 67 i 68 lat, w poradni kardiologicznej dla dzieci - 63, 64, 65 i 63 lata, a w poradni nefrologicznej dla dzieci 64, 65, 66 i 67 lat

W „CePeLek” średni wiek lekarzy, według stanu na koniec danego roku z okresu 2021-2023 oraz I półrocza 2024 r., wyniósł odpowiednio 71, 72, 73 i 74 lata, a pielęgniarek odpowiednio 61, 62, 63 i 65 lat.

Brak odpowiedniej współpracy AOS i POZ**5.2.2. WSPÓŁPRACA AOS I POZ W PROCESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

W ocenie NIK, współpraca lekarzy udzielających świadczeń AOS dla dzieci w kontrolowanych placówkach z lekarzami POZ była niewystarczająca.

Lekarze kierujący dzieci na leczenie specjalistyczne nie zapewnili, w części analizowanych przypadków, lekarzom udzielającym świadczeń AOS niezbędnych informacji o stanie zdrowia kierowanych przez siebie pacjentów. Brakowało informacji o dotychczasowym leczeniu oraz wyników badań diagnostycznych lub konsultacji, pomimo iż obowiązek taki wynikał z § 12 ust. 1 pkt 1-2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU⁶⁹. Z kolei lekarze udzielający świadczeń AOS nie zawsze sporządzali informację dla lekarza kierującego pacjenta na leczenie w poradni specjalistycznej albo nie zawsze dokumentowali jej przekazanie. Często czynili to nieterminowo⁷⁰. Stwierdzono przypadki nieudostępniania danych za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej (SIM). NIK zwraca uwagę, że sporządzanie i przekazanie lekarzowi kierującemu informacji o diagnozie i przebiegu leczenia pacjenta ma na celu zapewnienie ciągłości i jakości opieki zdrowotnej, lepszą ocenę jego stanu zdrowia oraz podejmowanie trafniejszych decyzji dotyczących dalszego postępowania. Jednocześnie przekazanie takiej informacji wyłącznie pacjentowi nie gwarantuje, iż trafi ona do lekarza kierującego.

Na niewystarczającą współpracę AOS i POZ oraz kierowanie do leczenia specjalistycznego dzieci, które mogłyby być leczone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wskazywali również niektórzy konsultanci krajowi, do których NIK zwróciła się w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Przykład

Jak podał konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej współpraca AOS z POZ jest zorganizowana niewłaściwie w zakresie sprawowania ciągłej opieki nad dzieckiem nefrologicznym. Najczęściej zależna jest ona od indywidualnych starań lekarzy. Często POZ nie wykonuje podstawowej diagnostyki odsyłając

⁶⁹ Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie OWU lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dotacza do skierowania:

1) kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

⁷⁰ W przypadku pacjentów pierwszorazowych obowiązek ten wynika z postanowień zarządzenia nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wzór Informacji dla lekarza kierującego/POZ stanowi załącznik nr 6 do tego zarządzenia. W informacji tej wpisuje się ostateczne rozpoznanie, opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia), wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego oraz wskazówki dla lekarza kierującego. W przypadku pacjentów, którzy nie byli pierwszorazowi z § 12 ust. 4 rozporządzenia w sprawie OWU (podano tu także częstotliwość przekazywania tego rodzaju informacji).

dzieci do specjalisty. Konsultant oszacowała, na podstawie danych od konsultantów wojewódzkich, że ok. 30% wizyt w AOS mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Wielu lekarzy AOS raportuje brak podstawowych wyników badań pacjentów kierowanych do AOS, takich jak: analiza moczu czy usg jamy brzusznej, potwierdzających konieczność opieki specjalistycznej. Ich brak wydłuża także czas diagnostyki i wdrożenia adekwatnego leczenia.

Przypadki niewystarczającej współpracy AOS i POZ stwierdzono we wszystkich kontrolowanych jednostkach.

Przykłady

W NZOZ Medyk zbadana dokumentacja medyczna 20 pacjentów, w 10 przypadkach nie zawierała informacji o przekazywaniu lekarzom kierującym pacjentów na świadczenia specjalistyczne informacji, o których mowa w § 12 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, tj. o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu i ordynowanych lekach⁷¹. Z kolei w przypadkach odnotowywania przekazania takiej informacji, nie zachowano wymaganej częstotliwości (raz na 12 miesięcy zgodnie z ust. 5).

W „ESCULAP” w 13 przypadkach (65% badanej próby) lekarze udzielający świadczeń w poradni okulistycznej dla dzieci nie sporządzili dla lekarza kierującego pisemnej informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, stanowiło to naruszenie wymogu określonego w §12 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

⁷¹ § 36 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, który wskazuje, że podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby. Stosownie do postanowień § 2 ust. 5 wspomnianego rozporządzenia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Częścią dokumentacji indywidualnej zewnętrznej jest informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej (§ 2 ust. 4 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji).

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy pacjenci pediatryczni mieli zapewniony porównywalny dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie kraju?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: 1. Czy dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (OW NFZ) rzetelnie określił zapotrzebowanie na świadczenia AOS dla dzieci i podjął skuteczne działania w celu zapewnienia ich dostępności? 2. Czy dyrektor OW NFZ prawidłowo prowadził postępowania o udzielanie świadczeń AOS dla dzieci oraz zawierał i rozliczał umowy zawarte ze świadczeniodawcami? 3. Czy dyrektor OW NFZ rzetelnie monitorował realizację umów AOS dla dzieci, a także celowość udzielania świadczeń? 4. Czy podmiot leczniczy udzielał świadczeń zgodnie z przepisami i umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia? 5. Czy podmiot leczniczy, dla zapewnienia pacjentom prawidłowej opieki, rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi przepisami współpracował z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej i innymi podmiotami udzielającym świadczeń w ramach AOS?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto 11 jednostek, w tym: 3 oddziały wojewódzkie NFZ i 8 podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych ⁷² . Ponadto, w ramach kontroli rozpoznawczej do kontroli planowej, skontrolowano jeden oddział wojewódzki NFZ oraz jeden podmiot leczniczy.
Kryteria kontroli	Kontrolę przeprowadzono w: – w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy <i>o NIK</i> z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 5 ust. 1 tej ustawy: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności; – w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ) podlegających jednostce samorządu terytorialnego oraz w spółkach kapitałowych, których jedynym udziałowcem lub akcjonariuszem jest jednostka samorządu – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i> z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 5 ust. 2 tej ustawy: legalności, rzetelności i gospodarności; – w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami- na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy <i>o NIK</i> z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 5 ust. 3 tej ustawy: legalności i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto: – Lata 2021-2024 do czasu zakończenia czynności kontrolnych (19 grudnia 2024 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach przygotowania przedkontrolnego w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy <i>o NIK</i> , uzyskano informacje od konsultantów krajowych w dziedzinach: alergologii, chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, nefrologii dziecięcej, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz urologii dziecięcej. Ponadto, w trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy <i>o NIK</i> , uzyskano informacje od Ministra Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta.

⁷² 7 podmiotów leczniczych i jedną specjalistyczną praktykę lekarską.

Pozostałe informacje

Kontrola *Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych* (P/24/047) została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziły ją analizy przedkontrolne prowadzone dla zidentyfikowanych obszarów (problemów) oraz kluczowych ryzyk związanych z problematyką dostępności świadczeń AOS dla dzieci. Wykorzystano również wyniki kontroli rozpoznawczej R/24/001 *Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci* przeprowadzonej w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ oraz Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ.

Podmioty lecznicze zostały dobrane z uwzględnieniem kryterium dostępności - realizacja umowy w tych zakresach świadczeń, dla których występują największe problemy z zapewnieniem dostępu do świadczeń na terenie województwa (na podstawie średniego czasu oczekiwania i liczby oczekujących oraz wniosków wynikających z analizy mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.).

Kontrolę przeprowadzono od 2 września 2024 r. do 19 grudnia 2024 r. (podpisanie ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Ujawnione w trakcie kontroli nieprawidłowości nie miały wymiaru finansowego.

W 11 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek sformułowano ogółem 46 wniosków pokontrolnych⁷³. Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na 17 lutego 2025 r. zrealizowano 21 wniosków pokontrolnych (45,7%) oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 10 wniosków (21,7%). Natomiast 15 wniosków pozostawało jeszcze niezrealizowanych (32,6%).

Kierownicy jednostek kontrolowanych nie skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK.

Wykaz jednostek kontrolowanych

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz trzy Delegatury NIK.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” SPZOZ	Władysław Wójcik
2.		„ESCULAP” spółka z o.o.	Paweł Chojnowski Prezes Zarządu
3.	Delegatura NIK w Lublinie	Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ	Paweł Piróg
4.		Przychodnia Specjalistyczna Hipoteczna 4 spółka z o.o.	Beata Zajączkowska-Łasak, Ayman Al Kusayer, Andrzej Mazur (Zarząd Przychodni)
5.		Specjalistyczny Zespół Medyczny INTERMED spółka z o.o.	Marek Okoński Prezes Zarządu
6.	Delegatura NIK w Opolu	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ	Beata Cyganiuk

⁷³ Ponadto w ramach kontroli doraźnej, rozpoznawczej R/24/001/KZD sformułowano 8 wniosków pokontrolnych.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
7.		NZOZ Specjalistyka s.c. Spolmed	Andrzej Olszanowski
8.		Specjalistyczna Praktyka Lekarska lek.med. Zbigniew Kurzyca	Zbigniew Kurzyca
9.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ	Magdalena Kraszewska
10.		Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem	Izabela Marciniak
11.		NZOZ Medyk Poznań Spółka z o.o.	Jakub Sendrowski Prezes Zarządu

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” SPZOZ	w formie opisowej	Spełnienie warunków realizacji świadczeń dotyczących kwalifikacji personelu, dostępu do badań, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. rzetelne rozliczanie świadczeń.	Świadczenia w zakresie nefrologii udzielane niezgodnie z harmonogramem, prowadzony w jednostce, harmonogram przyjęć nie w każdym przypadku zawierał wszystkie wymagane informacje, niesporządzanie, bądź nieprzekazywanie, lekarzom kierującym informacją o pacjentach.
2.	„ESCULAP” spółka z o.o.	w formie opisowej	Spełnienie warunków realizacji świadczeń dotyczących kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt. Harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń, prowadzono co do zasady zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Rzetelnie rozliczano z publicznym płatnikiem wykonane świadczenia.	Nieprzestrzeganie wykazywanego czasu pracy lekarzy specjalistów, przypadki nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej, nieprzestrzeganie wymogów wewnętrznych dotyczących obowiązujących upoważnień do przetwarzania danych osobowych jak również nierzetelne odbieranie uprawnień w dostępie do systemu informatycznego, niezapewnienie należytego przechowywania części dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej,
3.	Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ	pozytywna	Dyrektor LOW NFZ rzetelnie określił zapotrzebowanie na świadczenia AOS dla dzieci i podejmował działania w celu zapewnienia dostępności tych świadczeń. Przy określaniu zapotrzebowania na świadczenia w zakresie AOS dla dzieci współpracowano z konsultantami	Pomimo inicjowanych działań, czas na udzielenie usług uległ skróceniu jedynie w przypadku czterech zakresów świadczeń dziecięcych. W przypadku pozostałych 15 analizowanych zakresów, działania LOW NFZ nie doprowadziły do poprawy dostępności świadczeń a poziom

			wojewódzkimi. Poddawano analizie informacje dotyczące liczby osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczeń. Monitorowano realizację umów z wykorzystaniem dostępnych zasad walidacji i weryfikacji udzielonych świadczeń.	zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego był niewystarczający.
4.	Przychodnia Specjalistyczna Hipoteczna 4 sp. z o.o.	w formie opisowej	Kwalifikacje personelu medycznego, czas udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność badań spełniały warunki realizacji świadczeń. Prawidłowo rozliczano się z publicznym płatnikiem za wykonane świadczenia zdrowotne w zakresie AOS dla dzieci	Nieprawidłowości dotyczące m.in. udzielenia świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących i niewpisania lub błędnego wpisania kategorii świadczeniobiorcy. Lekarze na ogół nie przekazywali stosownych informacji dla lekarzy kierujących pacjentów do poradni specjalistycznej.
5.	Specjalistyczny Zespół Medyczny INTERMED spółka z o.o.	w formie opisowej	Organizacja i sposób realizacji świadczeń zgodne z postanowieniami umowy zawartej z NFZ. Spełniono warunki realizacji świadczeń dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.	Nieujmowanie na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wszystkich pacjentów pierwszorazowych, niezamieszczanie w dokumentacji medycznej informacji o sporządzaniu i przekazywaniu przez lekarzy AOS dla dzieci stosownych informacji lekarzowi kierującemu do specjalisty.
6.	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ	w formie opisowej	W Oddziale identyfikowano czynniki wpływające na zwiększenie liczby oczekujących oraz wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Oddział, w odpowiedzi na wystąpienia podmiotów zewnętrznych podjął skuteczne działania zmierzające do zakontraktowania kolejnej poradni nefrologii dla dzieci na terenie województwa opolskiego. Dyrektor	Działania Oddziału w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń AOS udzielanych dzieciom na obszarze województwa opolskiego nie były w pełni skuteczne. Pomimo że poniesione przez Oddział koszty na świadczenia w rodzaju AOS dla dzieci wzrosły to działania te nie doprowadziły do zmniejszenia liczby oczekujących i skrócenia średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Wystąpiły nieprawidłowości

			Oddziału prawidłowo ogłaszała i przeprowadzała postępowania konkursowe o udzielenie świadczeń AOS dla dzieci, zapewniono nadzór nad realizacją umów AOS dla dzieci.	w procesie aneksowania umów.
7.	NZOZ Specjalistyka s.c. Spolmed	w formie opisowej	Organizacja i sposób realizacji świadczeń były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z NFZ. NZOZ spełniał warunki realizacji świadczeń zdrowotnych dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, oraz wyposażenia w sprzęt, za wyjątkiem nieprawidłowości dotyczących niezgodności czasu pracy lekarzy z wykazanym w umowie z NFZ.	Nieprawidłowości w prowadzeniu. dokumentacji medycznej dotyczyły m.in. braku przypisania kategorii świadczeniobiorcy, braku informacji dotyczącej rozpoznania lub powodu przyjęcia pacjenta. Lekarze udzielający świadczeń specjalistycznych dla dzieci nie przekazywali informacji o diagnozie i przebiegu leczenia pacjenta lekarzom kierującym pacjentów do poradni specjalistycznej.
8.	Specjalistyczna Praktyka Lekarska	w formie opisowej	Spełniano wymagania wynikające z umowy zawartej z NFZ w zakresie składu i kwalifikacji personelu lekarskiego, jak też wymogi wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie dostępności do badań i procedur medycznych.	Świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci udzielała tylko jedna z trzech pielęgniarek przewidzianych w umowie z NFZ. Czas pracy poradni nie był w pełni zgodny z postanowieniami wskazanej umowy, a świadczeniodawca umożliwiał pacjentom odbywanie wizyt prywatnych w godzinach określonych w tej umowie. Dokumentacja nie tylko nie zawierała niektórych wymaganych danych dotyczących wizyt, ale również na bieżąco usuwane z niej były informacje o odbytych wizytach.
9.	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ	w formie opisowej	Rzetelnie określano zapotrzebowanie na świadczenia AOS dla dzieci. Prawidłowo zorganizowano i przeprowadzano postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci, a ich rozstrzygnięcia były	Podejmowane działania nie doprowadziły do znaczącej poprawy dostępności świadczeń AOS dla dzieci i młodzieży na terenie województwa wielkopolskiego. Nie zmniejszyła się bowiem liczba pacjentów oczekujących

			poprzedzone skutecznymi negocjacjami w zakresie cen jednostkowych świadczeń. Prowadzono skuteczny nadzór nad realizacją umów na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci.	na udzielenie świadczeń, a w części zakresów świadczeń nie skrócił się czas oczekiwania na poradę. W czterech zakresach AOS dla dzieci zwiększył się zasięg terytorialny obszarów pozostających bez zabezpieczonych świadczeń tzw. „białych plam”.
10.	Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem	w formie opisowej	Organizacja i sposób wykonania świadczeń były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z NFZ. Spełniano warunki realizacji świadczeń w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt.	Dokumentacja medyczna dotycząca udzielania świadczeń w ramach AOS nie zawierała odpowiednich informacji o współpracy z lekarzami POZ kierującymi na świadczenia. Nie poinformowano NFZ o trzech przypadkach przerw w udzielaniu świadczeń.
11.	NZOZ Medyk Poznań Spółka z o.o.	w formie opisowej	Spełnione zostały wymogi dotyczące kwalifikacji personelu medycznego oraz warunków lokalowych i wyposażenia w sprzęt. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej spełniała wymogi ustawowe.	Wystąpiły rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń, a czasem określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów z NFZ. Nieterminowo zgłaszano lub niezgłaszano do NFZ zaistniałe zmiany w składzie personelu medycznego oraz godzinach jego pracy, a także niezgłaszano planowanych przerw w działalności poradni udzielających świadczeń AOS dla dzieci. Odnotowano przypadki braku w dokumentacji medycznej adnotacji o przekazywaniu, lekarzom kierującym pacjentów, informacji o przebiegu procesu ich leczenia.

*/ pozytywna / negatywna / w formie opisowej

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO-EKONOMICZNYCH

Prawo do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Konstytucja RP jest gwarantem prawa jednostki do ochrony zdrowia. Artykuł 68 ust. 1 *Konstytucji RP* stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ustawodawca, w artykule 68 ust. 2, wskazał ponadto, że obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Warunki udzielania świadczeń oraz ich zakres określa natomiast ustawa *o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

Zgodnie z art. 8 pkt 2 ustawy *o działalności leczniczej*, rodzajem działalności leczniczej są m.in. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia m.in. specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach, świadczenia specjalistyczne to świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 36 ustawy *o świadczeniach*). Świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*).

Zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*.

Świadczenia gwarantowane z zakresu AOS obejmują: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne, świadczenia w chemioterapii, inne świadczenia ambulatoryjne, świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy *o świadczeniach*, porady pielęgniarstwa oraz porady położnej.

Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy *o świadczeniach*, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu, a w myśl ust. 5 w tego artykułu, listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

Kryteria te określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie *kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*. Zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej, a w szczególności stanu zdrowia oraz rokowania co do dalszego jej przebiegu, jednocześnie kwalifikując pacjenta do jednej z kategorii, tj.: „przypadek stabilny” oraz „przypadek pilny” (patrz § 1 i § 2 tego rozporządzenia).

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa *o świadczeniach*, która statuuje NFZ jako państwową jednostkę

organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*).

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*).

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159 i art. 159a ustawy *o świadczeniach*, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie: 1) konkursu ofert albo 2) rokowań.

Zgodnie z art. 156 ust.1 ustawy *o świadczeniach* umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z wyjątkiem POZ. Jednocześnie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody Prezesa Funduszu.

Stosownie do art. 156 ust. 1a, w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

Zmieniając inne ustawy dopisywano dodatkowe przepisy zezwalające na aneksowanie umów, np. w ustawie *o prawach pacjenta* dopisano przepis zezwalający na aneksowanie umów AOS. Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w dniu wejścia w życie tej ustawy, mogło zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 r.

Kolejna zmiana nastąpiła w związku z epidemią COVID-19, zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, od 1 kwietnia 2020 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogły zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*. Zasady przeprowadzania postępowania w celu wyboru świadczeniodawcy zostały wskazane w art. 139 ust. 2-8 ustawy *o świadczeniach*.

6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

- 1) Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* ((Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
- 2) Ustawa z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
- 3) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).
- 4) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zm.).
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
- 8) Rozporządzenie 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* (Dz. U. z 2024 r. poz. 610 ze zm.).

6.4. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

- 1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3) Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.
- 4) Prezes Rady Ministrów.
- 5) Prezes Trybunału Konstytucyjnego.
- 6) Rzecznik Praw Obywatelskich.
- 7) Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (KOP).
- 8) Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia (ZDR).
- 9) Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia.
- 10) Minister Zdrowia.
- 11) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 12) Rzecznik Praw Pacjenta.



Minister Zdrowia

NKM.0911.4.2025.3.KCZ
Warszawa, 17 kwietnia 2025

Pan
Jacek Kozłowski
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli¹ o wynikach kontroli P/24/047 – „*Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 2 kwietnia 2025 r. o znaku: KZD.430.1.2025, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Część 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 16.

W odniesieniu do wniosku o: „*przygotowanie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci*”, należy zwrócić uwagę na rozwiązania dotyczące dzieci posiadających zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „*Za życiem*”³ lub ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

Zaświadczenie to uprawnia dzieci do 18 r.ż. do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia⁵ (art. 47c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powyższe uprawnienie dotyczy wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, a więc udzielanych zarówno w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁶, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁷, jak i opieki szpitalnej.

Należy podkreślić, że pierwszeństwo w korzystaniu z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych nie ogranicza się wyłącznie do tzw. pierwszych wizyt – obejmuje ono cały proces leczenia pacjenta.

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oznacza, że:

¹ zwanej dalej „NIK”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1829.

⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.

⁵ zwanym dalej „NFZ”.

⁶ zwanej dalej „POZ”.

⁷ zwanej dalej także „AOS”.

- 1) świadczenia AOS i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia;
- 2) jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie jest możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących;
- 3) w przypadku świadczeń AOS świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Ponadto, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 14 ww. ustawy, dzieciom posiadającym zaświadczenie, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, są udzielane bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Z powyższych uprawnień w zakresie świadczeń zdrowotnych, podobnie jak w przypadku dzieci posiadających ww. zaświadczenie, mogą również korzystać świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o:

- 1) znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Jednocześnie wskazania wymaga fakt realizacji przez Ministerstwo Zdrowia projektu „*Odwrócona Piramida Świadczeń*”⁸, we współpracy z NFZ, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz szerokim gronem ekspertów, konsultantów oraz towarzystw naukowych.

Celem projektu jest opracowanie założeń i wdrożenie rozwiązań systemowych, rozumianych jako kompleksowa rewizja definicji produktów rozliczeniowych w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz zaproponowanie zmian legislacyjnych, w szczególności modyfikacji w rozporządzeniach Ministra Zdrowia.

Są opracowywane rozwiązania polegające m.in. na przesunięciu diagnostyki i podstawowej formy leczenia pacjentów na niższe poziomy opieki zdrowotnej, w zależności od ścieżki klinicznej pacjenta oraz wytycznych klinicznych, a także poprawie dostępu do świadczeń dla pacjenta, poprzez skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej.

W ramach projektu OPŚ są prowadzone prace w konkretnych dziedzinach medycyny.

Ponieważ opieka medyczna nad dziećmi różni się od opieki nad dorosłymi, w ramach projektu OPŚ, we współpracy z ekspertami (w tym konsultantami krajowymi w określonych dziedzinach medycyny), są opracowywane ścieżki kliniczne pacjentów: osobno dla dorosłych i osobno dla dzieci.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia dostrzega potrzebę uregulowania w przepisach powszechnie obowiązującego prawa kwestii ograniczenia liczby skierowań do AOS po zakończeniu diagnostyki i leczenia pacjenta na etapie POZ, stąd też w Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace analityczne oraz koncepcyjne w sprawie możliwości wprowadzenia odpowiednich zmian do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które będą miały na celu poprawę dostępności do świadczeń w AOS oraz wzmocnienie roli lekarza POZ.

Ponadto, w zakresie postulatu NIK dotyczącego określenia maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę dla przypadku pilnego, podtrzymuję wcześniejsze stanowisko przedstawione w odniesieniu do analogicznych zaleceń.

⁸ zwanego dalej „OPŚ”.

Określenie maksymalnego czasu oczekiwania dla poszczególnych świadczeń jest bardzo efektywnym narzędziem ograniczania czasu oczekiwania, pod warunkiem, że jest on ustalony na poziomie, który dany system ochrony zdrowia jest w stanie zapewnić, a w przypadku przekroczenia takiego czasu, są przewidziane rozwiązania, które zagwarantują możliwość uzyskania tego świadczenia poza systemem lub na innych warunkach (np. możliwość uzyskania takiego świadczenia u świadczeniodawcy, który nie ma umowy z NFZ). Takie rozwiązania wiążą się z koniecznością uruchomienia dodatkowych środków finansowych (na sfinansowanie świadczeń udzielonych na zasadach komercyjnych), co obecnie jest znacząco utrudnione. Natomiast przyjęcie, że nowe rozwiązania uda się zrealizować bez przyznania dodatkowych środków, pogorszyłoby sytuację finansową NFZ, co mogłoby przynieść odwrotny skutek od zamierzonego, tj. ograniczenie dostępności do innych świadczeń, nieobjętych mechanizmem maksymalnego czasu oczekiwania.

Z kolei ustalanie maksymalnych czasów oczekiwania bez możliwości ich zagwarantowania, nie dość, że nie przyniosłoby założonego efektu poprawy dostępności, to dodatkowo powodowałoby uzasadnione niezadowolenie społeczne.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż podzielam przekonanie wyrażone w przedmiotowej Informacji o wynikach kontroli NIK, że w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, czas oczekiwania na wizytę powinien być maksymalnie skrócony, a pacjent, którego stan zdrowia wymaga leczenia w trybie pilnym, nie powinien zbyt długo oczekiwać na udzielenie świadczenia. Natomiast przy występujących ograniczeniach, obecny system, który jest elastyczny i gwarantuje, że osoba zakwalifikowana jako przypadek pilny otrzyma świadczenie w pierwszej kolejności (tj. przed osobą, której stan zdrowia pozwala na dłuższe oczekiwanie), jest obecnie optymalny i nie powinien być zmieniany.

Należy także podkreślić, że skrócenie czasów oczekiwania stanowi priorytet w działaniach podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Aktualnie są prowadzone prace, które mają na celu wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, umożliwiającego optymalne wykorzystanie każdego wolnego lub zwalnającego się terminu. Ponadto projektowany system ma zapewnić wiarygodne informacje dotyczące liczby osób oczekujących i czasów oczekiwania, co jest istotną informacją przy określaniu dalszych działań służących poprawie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zasadnym jest także wskazanie, że propozycja, by maksymalne czasy oczekiwania ustalone były wyłącznie dla przypadków pilnych, wiąże się z dwoma ryzykami:

- 1) kwalifikowania przez świadczeniodawców wszystkich przypadków jako pilnych. Ryzyko to jest bardzo prawdopodobne, bo od lat jest obserwowana tendencja, że w przypadku wydłużania czasu oczekiwania procent przypadków kwalifikowanych jako pilne rośnie, gdyż lekarze, działając w dobrej wierze, chcą zapewnić swoim pacjentom szybsze przyjęcie;
- 2) coraz dłuższych czasów oczekiwania dla przypadków stabilnych. Świadczeniodawcy w celu dotrzymania terminu dla przypadków pilnych, mogą ograniczać liczbę dostępnych terminów dla osób, których stan zdrowia można określić jako stabilny.

Odnosząc się do zalecenia opracowania nieobligatoryjnych wytycznych, ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń, należy wskazać, iż:

- 1) odnosząc się do argumentu, że obecnie skierowania pilne nie opierają się na standaryzowanych wskazaniach klinicznych i zależą wyłącznie od uznania lekarza kierującego, który nie jest specjalistą w danej dziedzinie, należy podkreślić, że zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami, kategoria wskazana przez lekarza kierującego nie jest wiążąca dla podmiotu realizującego skierowanie. W przypadku świadczeń z zakresu AOS, świadczeniodawca, umieszczając pacjenta na liście oczekujących, bierze pod uwagę kategorię medyczną wskazaną przez lekarza kierującego, natomiast w przypadku

świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu musi potwierdzić nadaną kategorię medyczną;

- 2) wytyczne takie, jak słusznie wskazuje NIK, mogłyby mieć wyłącznie charakter niewiążących zaleceń. W związku z powyższym ich rola byłaby ograniczona i zakładany przez NIK efekt, w postaci ograniczenia zbędnych skierowań w tym trybie, mógłby nie wystąpić. Ponadto, biorąc pod uwagę niewiążący charakter, wytyczne te nie mogłyby stanowić podstawy do kwestionowania wskazanego kryterium. Natomiast, jak wskazano powyżej, weryfikacja tego kryterium i tak następuje przez świadczeniodawcę przyjmującego skierowanie do realizacji;
- 3) należy także powtórzyć argumentację wcześniej podnoszoną, tj. konieczność uwzględnienia wielu czynników, które mogą mieć wpływ na przyznaną kategorię, a obecnie obowiązkowo muszą być wzięte pod uwagę, tj. stan zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące, które mają wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Niezwykle trudne jest zatem opracowanie wytycznych, które uwzględniałby wpływ wszystkich tych czynników na przyznanie kryterium.

Natomiast w zakresie wprowadzenia mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń na poszczególnych obszarach oraz wdrożenia systemu zachęt, sprzyjającego powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów, wskazać należy, że sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana niż przedstawiono to w Informacji o wynikach kontroli NIK. Zauważyć należy bowiem, że odległość miejsca zamieszkania pacjenta od poradni specjalistycznej, nie może być wyznacznikiem w zakresie zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Bardziej istotna jest bowiem wielkość populacji, dla której mają być udzielane dane świadczenia. Stąd też w niektórych przypadkach jeden świadczeniodawca, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w województwie, zabezpiecza w sposób wystarczający dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Większa liczba świadczeniodawców powoduje, że rzeczywisty koszt udzielania jednostkowego świadczenia jest wyższy (ze względu na konieczność poniesienia przez każdego ze świadczeniodawców kosztów stałych).

Podkreślić także należy, iż w przypadku dzieci, najcięższe przypadki (jak również najbardziej pilne), znajdują się pod opieką dużych, specjalistycznych ośrodków, niejednokrotnie udzielających świadczeń w związku z danym rozpoznaniem dzieciom z całego kraju. Dzieci te muszą często pozostawać pod opieką danego specjalistycznego ośrodka do osiągnięcia pełnoletności. Na przykład Instytut „*Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka*” leczy dzieci z całego kraju po transplantacjach, cierpiące na choroby rzadkie, po rozległych zabiegach leczenia wad serca, w przypadku części świadczeń jako jedyny ośrodek na terenie Polski. Postęp medycyny powoduje, że omawiane zjawisko narasta.

Tym samym proponowane przez NIK rozwiązanie stworzenia systemu zachęt sprzyjającego powstawaniu podmiotów leczniczych, nie wydaje się rozwiązaniem optymalnym. Natomiast zapewnienie realizacji świadczeń przez duże, specjalistyczne ośrodki, powoduje spadek jednostkowych kosztów udzielania świadczeń, wpływa dodatnio na ich jakość i jest jedynym rozwiązaniem zapewniającym dostęp do świadczeń w przypadku małej liczby specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

2. Część 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 16.

Uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia zauważa zarówno problem niewystarczającego przepływu informacji, dotyczących stanu zdrowia pacjentów między POZ a AOS, jak i brak w pełni skutecznej współpracy między różnymi poziomami leczenia.

W konsekwencji powyższego, w ramach projektu OPŚ są prowadzone prace koncepcyjne nad możliwością wprowadzenia rozwiązań teleinformatycznych, usprawniających komunikację między lekarzami POZ a lekarzami AOS.

Obecnie są analizowane pod kątem spójności wdrożone oraz planowane do wdrożenia rozwiązania teleinformatyczne, usprawniające proces diagnostyczno-terapeutyczny, takie jak: e-skierowanie, e-DiLO⁹, e-KOK¹⁰.

W fazie wstępnej jest rozwiązanie pt. „e-paszport”, który powinien zawierać informacje na temat zleconych oraz wykonanych pacjentowi badań diagnostycznych, a także o przygotowanym planie leczenia. Należy jednocześnie podkreślić, iż przedmiotowe rozwiązanie wymagałoby wprowadzenia obszernych zmian legislacyjnych oraz informatycznych, a także dodatkowych nakładów finansowych.

Dodatkowo uprzejmie wskazuję, że podobne rozwiązanie informatyczne, do tego postulowanego przez NIK, zostało wprowadzone w ramach Internetowego Konta Pacjenta¹¹. Kryterium to jednak nie może być brane pod uwagę przy rozliczaniu świadczeń, ponieważ nie jest to zależne jedynie od lekarza specjalisty. Obecnie jest wymagana zgoda pacjenta na udostępnienie informacji lekarzowi POZ, jak również zapoznanie się z ww. informacjami, wymaga działania ze strony lekarza POZ.

3.

Ponadto – niezależnie od przedstawionych powyżej informacji, dotyczących wykonania wniosków NIK – uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt grantowy „Dostępność Plus dla AOS”¹², którego celem jest podniesienie dostępności placówek AOS, w rozumieniu ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami¹³. Podmioty lecznicze będą mogły uzyskać granty, na które łącznie przeznaczono ok. 350 mln zł (od 150 tys. zł do ok. 850 tys. zł na grant) na likwidację barier i usprawnienie swojej placówki w zakresie architektonicznym, cyfrowym i informacyjno-komunikacyjnym. Odbiorcą wsparcia grantowego są pacjenci, którzy należą do grupy osób ze szczególnymi potrzebami. Do tej grupy, zgodnie z zapisami „Programu rządowego Dostępność Plus 2018-2025” (Działanie 15 – 100 placówek służby zdrowia bez barier i 16 – Dostępne usługi medyczne), zaliczają się również osoby z małymi dziećmi oraz dzieci. Ogłoszenie naboru grantowego jest planowane jeszcze w bieżącym kwartale 2025 r.

4.

Dodatkowo uprzejmie wskazuję, że Ministerstwo Zdrowia przekazało przedmiotową Informację o wynikach kontroli NIK do NFZ i pozyskało informacje publicznego płatnika w zakresie wyników ww. kontroli oraz o działaniach realizowanych w celu zwiększenia dostępności do świadczeń AOS dla dzieci, które przedstawiam poniżej.

NFZ poinformował, że podejmuje działania ukierunkowane na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Dostępność ta jest systematycznie monitorowana, m.in. poprzez analizę danych z list oczekujących i czasów oczekiwania.

W celu zwiększenia dostępności do AOS zniesiono limity finansowania świadczeń w tym zakresie, co umożliwia ich udzielanie w większej liczbie, niezależnie od ograniczeń wynikających z planów finansowych.

⁹ Elektroniczna Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

¹⁰ Elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej.

¹¹ zwanego dalej „IKP”.

¹² Projekt realizowany w latach 2023-2028, finansowany ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1411.

Dodatkowo, wdrożono model opieki koordynowanej w POZ, który integruje działania lekarza POZ i lekarzy specjalistów, co ma na celu zwiększenie efektywności opieki i dostępności do niezbędnych konsultacji.

Obecnie jest wdrażany dodatkowy mechanizm współczynnika korygującego, który ma mobilizować świadczeniodawców do zwiększenia liczby świadczeń pierwszorazowych w AOS. Rozwiązanie to zostało uregulowane w zarządzeniu nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2025 r., które przewiduje obniżanie płatności za świadczenia u tych świadczeniodawców, którzy nie realizują odpowiedniego udziału wizyt pierwszorazowych. Celem tego działania jest ułatwienie pacjentom dostępu do diagnostyki i rozpoczęcia leczenia, a w konsekwencji – poprawa dostępności.

Ponadto, dążąc do poprawy jakości danych w związku z rozbieżnościami między deklarowanym, a rzeczywistym terminem udzielenia świadczenia, wprowadzono zmiany w zasadach prowadzenia harmonogramów przyjęć dla wybranych zakresów świadczeń. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁴, rozszerzono obowiązek prowadzenia harmonogramów dla kolejnych ośmiu świadczeń, tj.:

- 1) neurologii;
- 2) urologii;
- 3) nefrologii;
- 4) okulistyki;
- 5) gruźlicy i chorób płuc;
- 6) otolaryngologii;
- 7) diabetologii;
- 8) gastroenterologii.

Dotychczas obowiązek ten obejmował wybrane świadczenia onkologiczne, kardiologiczne, endokrynologiczne oraz ortopedyczne.

Najistotniejszą zmianą jest przejście z raportowania miesięcznego za pośrednictwem komunikatu XML na bieżące raportowanie danych w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE). Pozwala to na aktualizację harmonogramów w czasie rzeczywistym, usprawnienie zarządzania dostępnością oraz zapewnienie większej transparentności i spójności danych. Równolegle trwają prace nad wprowadzeniem centralnej e-rejestracji, która umożliwi pacjentom zapisy, jak i odwołanie wizyty na świadczenie przez IKP, co znacząco ułatwi proces i ograniczy liczbę nieodwołanych, niewykorzystanych wizyt. Projekt ustawy zmieniającej ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej systemowo centralną e-rejestrację, jest już po konsultacjach publicznych i trwa dalszy proces legislacyjny.

Wszystkie opisane powyżej działania systemowe: zniesienie limitów, wdrożenie opieki koordynowanej, wprowadzenie współczynnika korygującego oraz rozwijanie bieżącego raportowania w aplikacji AP-KOLCE oraz wprowadzenie centralnej e-rejestracji, mają na celu poprawę dostępności do świadczeń i powinny przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania.

Dodatkowo NFZ zadeklarował, iż w dalszym ciągu będzie monitorował wpływ wprowadzonych rozwiązań na dostępność świadczeń oraz podejmował kolejne działania

¹⁴ Dz. U. poz. 205.

mające na celu zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia i poprawę sytuacji pacjentów.

Ponadto NFZ poinformował, że dopuszcza sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń na rzecz dzieci również poza zakresami *sensu stricto* przeznaczonymi dla niepełnoletnich, ale zrealizowanych na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵.

Od stycznia 2024 r. świadczeniodawcy, udzielający świadczeń dzieciom w komórkach niededykowanych *sensu stricto* tej grupie pacjentów, są zobowiązani do raportowania grup wiekowych dziecięcych, w których są udzielane świadczenia.

W celu poprawienia jakości zbieranych danych są wprowadzane walidacje i weryfikacje, a także są przeprowadzane analizy prezentujące obraz list oczekujących w Polsce.

Ponadto NFZ wskazał, że na przestrzeni ostatnich kilku lat podjęto działania, które powinny skłonić świadczeniodawców do zmiany organizacji udzielania świadczeń, poprawy dostępności do świadczeń, w tym dla dzieci, poprzez wydanie stosownych zarządzeń Prezesa NFZ.

Przy rozliczaniu świadczeń dla dzieci zarządzeniem nr 64/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wprowadzono współczynniki korygujące przy sprawozdawaniu i rozliczaniu świadczeń na rzecz dzieci, tj. 1,5 oraz 1,2 w przypadku udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci w wieku odpowiednio 0-3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.) oraz 4-18 r.ż.

Następnie, zarządzeniem nr 132/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 października 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podniesiono przywołane współczynniki korygujące do poziomu: 1,6 w odniesieniu do świadczeń dla dzieci do 3 r.ż. i do poziomu 1,3 dla dzieci od 4 do 18 r.ż.

Z kolei zarządzeniem nr 7/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 stycznia 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wprowadzono mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń dla wszystkich świadczeń realizowanych na rzecz dzieci.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Rafał Głowczyński
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.



**PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ**

KZD.430.1.2025

Warszawa, 2025-05-15

OPINIA

**Prezesa NIK do stanowiska Ministra Zdrowia
przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli
do informacji o wynikach kontroli „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze
środków publicznych”**

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż badania kontrolne NIK dotyczyły dostępności świadczeń zdrowotnych AOS dla całej populacji dzieci w naszym kraju, która pogorszyła się w okresie objętym kontrolą. W przypadku większości poradni systematycznie rosła mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenie i liczba osób oczekujących. NIK zauważa, że przedmiotem kontroli nie była realizacja szczególnych uprawnień do świadczeń zdrowotnych, wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, co może sugerować pierwsza część stanowiska Ministra Zdrowia.

NIK z zaniepokojeniem odnotowuje, iż Minister Zdrowia nie przedstawił rozwiązań systemowych, które poprawiałyby dostępność świadczeń AOS dla dzieci, informując o podejmowanych inicjatywach. Całkowicie niezrozumiałe jest stwierdzenie zawarte na str. 3 stanowiska, iż obecny system „przy występujących ograniczeniach” jest „optymalny i nie powinien być zmieniany”. Jednocześnie Minister Zdrowia, uznając rozwiązania zaproponowane przez NIK za mało skuteczne i wiążące się z określonymi ryzykami, nie oparł swoich ocen na żadnych ustaleniach faktycznych, bądź pogłębionych analizach. Nie można zgodzić się w szczególności ze stwierdzeniem, iż jedynie zapewnienie udzielania świadczeń przez duże specjalistyczne ośrodki jest rozwiązaniem zapewniającym dostęp do świadczeń w przypadku małej liczby specjalistów w danej dziedzinie oraz podaniem jako przykładu Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. Powoduje to bowiem sytuację, gdy do tego rodzaju ośrodków kierowani są w praktyce wszyscy pacjenci, podczas gdy część z nich, niewymagających bardziej specjalistycznego leczenia, mogłaby się leczyć w mniejszych podmiotach, bliżej swojego miejsca zamieszkania. Jak wynika z pisma skierowanego do NIK przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej w dniu 12 listopada 2023 r. do poradni w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” trafia blisko 1/3 pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym na Mazowszu, podczas gdy jest to tylko jedna z 18 poradni na terenie województwa. W efekcie pacjenci z najpoważniejszymi patologiami w układzie krążenia np. z sercem jednokomorowym, czy po zatrzymaniach krążenia, muszą oczekiwać na termin

wizyty kontrolnej. Jest to wyjątkowa grupa pacjentów i nie mogą oni być prowadzeni w każdym ośrodku kardiologicznym.

Należy podkreślić, że NIK, formułując wnioski systemowe, wskazała, iż proponowane zmiany mogłyby być realizowane etapami, w połączeniu z monitorowaniem efektywności wdrażanego rozwiązania, a także poprzedzone odpowiednim pilotażem.

Zgodnie z przedstawionym stanowiskiem Minister Zdrowia podziela ocenę NIK dotyczącą niewystarczającego przepływu informacji dotyczących zdrowia pacjentów między POZ i AOS oraz braku w pełni skutecznej współpracy pomiędzy różnymi poziomami leczenia. Minister informuje ponadto o podjętych pracach koncepcyjnych, zgodnych z wnioskiem NIK, dotyczących wprowadzenia rozwiązań teleinformatycznych usprawniających komunikację między lekarzami POZ a lekarzami AOS.

Wiceprezes NIK

Michał Jędrzejczyk w zastępstwie za Marian
Banaś

/podpisano elektronicznie/