



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.410.5.1.2024

Pan  
Władysław Wójcik  
Dyrektor  
Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej  
„CePeLek”  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Koszykowa 78  
00-911 Warszawa

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/047 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Koszykowa 78, 00-911 Warszawa <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                          |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Władysław Wójcik, Dyrektor, od 27 lutego 2020 r. <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | Zakres przedmiotowy kontroli:<br>1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń.<br>2. Współpraca AOS <sup>3</sup> i POZ <sup>4</sup> w obszarze udzielania świadczeń.                                                                                                                                             |
| Okres objęty kontrolą               | Od 1 stycznia 2021 r. do 12 grudnia 2024 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą                                                                                                                                                                                                                                             |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Departament Zdrowia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Kontrolerzy                         | 1. Justyna Justyńska, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/38/2024 z 4 września 2024 r.<br>2. Izabela Podeszfińska, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/39/2024 z 4 września 2024 r.<br>3. Jacek Jaworski, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/44/2024 z 4 października 2024 r. |

(akta kontroli str.1-3)

---

<sup>1</sup> Dalej: Cepelek.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor Cepelek.

<sup>3</sup> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

<sup>4</sup> Podstawowa opieka zdrowotna.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Cepelek spełnił warunki realizacji świadczeń dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, dostępności do badań lub procedur medycznych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Jednak wyposażenie to nie w każdym przypadku było zgodne z wykazanim w załącznikach do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>7</sup>. System informatyczny pozwalał osobom udzielającym w Cepelek świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Rzetelnie rozliczano z NFZ wykonane świadczenia. W miejscu udzielania świadczeń nie podano do wiadomości pacjentów wszystkich wymaganych informacji. Opracowano procedury postępowania dotyczące tworzenia i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów. Jednak nie były stosowane wszystkie przyjęte w tym zakresie wewnętrzne mechanizmy kontrolne. NIK wskazuje, że brak stosowania tych procedur zwiększa ryzyko przekazania informacji o stanie zdrowia pacjentów osobom do tego nieupoważnionym oraz zniszczenia lub uszkodzenia dokumentacji medycznej.

Prowadzony w jednostce kontrolowanej harmonogram przyjęć nie w każdym przypadku zawierał wszystkie wymagane elementy. Świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci udzielane były niezgodnie z harmonogramem określonym w umowie zawartej z NFZ. Lekarze w części przypadków nie sporządzili terminowo informacji o pacjentach dla lekarzy kierujących. W pozostałych przypadkach, pomimo sporządzenia ww. informacji, nie przekazywali jej lekarzom kierującym. NIK wskazuje, 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.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

### 1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń

#### Opis stanu faktycznego

Informacje zawarte w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Statucie i Regulaminie organizacyjnym Cepelek w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci<sup>9</sup> były zgodne ze stanem faktycznym.

Cepelek spełniał wymogi dotyczące pomieszczeń i urządzeń określone w § 27, 30, 37 oraz w punktach 1-3 Załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>10</sup>.

Cepelek nie podał do wiadomości pacjentów w miejscu udzielania świadczeń części informacji wymaganych § 11 ust. 1, 4 i 5 załącznika<sup>11</sup> do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

<sup>6</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>7</sup> Dalej: NFZ.

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

<sup>9</sup> Dalej: AOS dla dzieci.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

<sup>11</sup> Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

świadczeń opieki zdrowotnej<sup>12</sup> (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 5-9,11-19, 58-89, 261-273, 313-320, 383-394, 397-398)

Cepelek, na podstawie dwóch umów zawartych z NFZ<sup>13</sup> udzielał świadczeń AOS dla dzieci w czterech zakresach, tj.: alergologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej<sup>14</sup> oraz nefrologii dla dzieci<sup>15</sup>.

W ww. zakresach Cepelek w poszczególnych latach udzielił świadczeń o wartości równiej kwocie zobowiązania określonej w poszczególnych umowach z NFZ, z wyłączeniem świadczeń alergologii dla dzieci. W tym przypadku wykonanie wyniosło 112,6% kwoty zobowiązania. Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych wyjaśniła, że kwota 33,0 tys. zł, która przekraczała ponad limit określony w umowie NFZ 2011, wynikała z rozliczenia płatności uzyskanych w ramach mechanizmu zaliczkowego finansowania świadczeń przez NFZ w okresie epidemii SARS-CoV-2. Zobowiązania z tego tytułu w późniejszym okresie były regulowane poprzez wykonywanie świadczeń ponad limit ustalony w umowie.

Wartość świadczeń udzielonych w zakresach AOS dla dzieci wyniosła: 1446,3 tys. zł (2021 r.), 1795,1 tys. zł (2022 r.), 2079,3 tys. zł (2023 r.), 1226,7 tys. zł (2024 r. I półrocze).

W latach 2021-2024 (I półrocze) w Cepelek udzielono łącznie 45,7 tys. świadczeń w zakresach AOS dla dzieci<sup>16</sup>. Najwięcej świadczeń udzielono w zakresie nefrologii dla dzieci (17,5 tys.), a najmniej w zakresie alergologii dla dzieci (7,8 tys.).

(akta kontroli str. 826-932)

W latach 2021 – 2024 (I półrocze), w związku z brakiem możliwości udzielania świadczeń<sup>17</sup>, 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.). W obu przypadkach publiczny płatnik został powiadomiony o takiej przerwie i wyraził na nią zgodę.

(akta kontroli str. 1207-1228)

Wyposażenie 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*<sup>18</sup> do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>19</sup>. Jednak w przypadku jednej pozycji wyposażenie w sprzęt było niezgodne z Harmonogramem – Zasoby stanowiącym załącznik nr 2<sup>20</sup> do umów NFZ (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 93-121, 274-312, 399-447, 456, 459-460 pliki: 055-062)

<sup>12</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194; dalej: OWU.

<sup>13</sup> Umowa numer: 07R-8-00856-02-01-2011-2025 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: umowa NFZ 2011 oraz Umowa numer 07R-8-00856-02-01-2018-2025 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: umowa NFZ 2018.

<sup>14</sup> Umowa NFZ 2011.

<sup>15</sup> Umowa NFZ 2018.

<sup>16</sup> W tym: w 2021 r. 12,8 tys. świadczeń, w 2022 r. 12,8 tys. świadczeń, w 2023 r. 12,9 tys. świadczeń, a w I półroczu 2024 r. 7,2 tys. świadczeń.

<sup>17</sup> Długotrwała usprawiedliwiona nieobecność osób udzielających świadczeń.

<sup>18</sup> Lp. 3 - Porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci, Lp. 15 – Porada specjalistyczna – kardiologia dziecięca, Lp. 18 – Porada specjalistyczna – nefrologia dla dzieci, Lp. 53 Porada specjalistyczna – otolaryngologia dziecięca.

<sup>19</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS.

<sup>20</sup> Dalej: Załącznik nr 2 do umowy NFZ 2011, 2018.

Według stanu na koniec 2021 r., 2023 r. i I-go półrocza 2024 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało czterech lekarzy<sup>21</sup> i cztery pielęgniarki (tj. jeden lekarz i jedna pielęgniarka w każdym zakresie świadczeń). Ze względu na przerwę w udzielaniu świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci, na koniec 2022 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało trzech lekarzy i trzy pielęgniarki.

Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach posiadały niezbędne kwalifikacje do ich udzielania, określone w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS.

Świadczenia zdrowotne udzielane były przez lekarzy na podstawie zawartych z Cepelek umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, a pielęgniarki - umów o pracę. 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. Wszyscy lekarze i pielęgniarki zostali wykazani w załączniku nr 2 do umów z NFZ: 2011, 2018.

(akta kontroli str. 1149-1180)

W 2023 r. nie dokonano zmian w składzie personelu medycznego udzielającego świadczeń AOS dla dzieci. W roku tym dokonano natomiast trzech zmian dotyczących godzin udzielania świadczeń w dwóch z czterech zakresów świadczeń<sup>22</sup>. W obu przypadkach zmiany te zostały zgłoszone do NFZ od 15 do 268 dni po dacie ich powstania (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 933-1148)

W 2024 r. zakresie kardiologii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej wymiar czasu pracy poradni określony w umowie NFZ 2011 był zgodny z czasem zadeklarowanym w ofertach złożonych w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń<sup>23</sup>. W zakresie alergologii dla dzieci wymiar czasu pracy poradni określony w ww. umowie został skrócony z 35 godzin do 15 godzin i 30 minut zadeklarowanych w ofercie<sup>24</sup>. Zmiana ta nastąpiła w 2011 r., tj. przed okresem objętym kontrolą, w związku z czym nie była przedmiotem kontroli.

W styczniu 2023 r. i 2024 r. oraz w okresie od 2 do 6 września 2024 r. świadczenia AOS dla dzieci udzielane były przez personel medyczny wykazany w załącznikach nr 2 do umów NFZ<sup>25</sup>. W trzech zakresach<sup>26</sup> świadczenia udzielane były przez lekarzy zgodnie z harmonogramem ich pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy NFZ 2011. Natomiast w całym okresie objętym kontrolą świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci udzielane były niezgodnie z harmonogramem określonym w umowie NFZ 2018 oraz zadeklarowanym w złożonej ofercie<sup>27</sup> (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 933-1148, 1229-1309, 1343-1450, 1572-1580)

Wewnętrzne uregulowania dotyczące zasad rejestracji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zostały określone w Regulaminie organizacyjnym Cepelek.

<sup>21</sup> Specjaliści kardiologii dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej, alergologii oraz nefrologii.

<sup>22</sup> Dwie zmiany dotyczyły świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci i jedna otolaryngologii dziecięcej.

<sup>23</sup> Oferta nr 07-11-001476[02/1]-0001/06 złożona w postępowaniu nr 07-11-001476/AOS/02/1/02.1101.001.02/4/M - dotyczy świadczeń w zakresie kardiologii dziecięcej; oferta nr 07-11-001479[02/1]-0001/06 złożona w postępowaniu nr 07-11-001479/AOS/02/1/02.1611.001.02/4/M - dotyczy świadczeń w zakresie otolaryngologii dziecięcej.

<sup>24</sup> Numer oferty 07-11-001603[02/1]-0001/06 złożonej w postępowaniu nr 07-11-001603/AOS/02/1/02.1011.001.02/4/M.

<sup>25</sup> Badanie przeprowadzono w okresie 25-26 września 2024 r. w oparciu o dane z Wykazu przyjęć, umów NFZ: 2011, 2018 oraz list obecności (dotyczy pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umowy o pracę).

<sup>26</sup> Świadczenia w zakresie: alergologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej.

<sup>27</sup> Numer oferty 07-18-000307[02/1]-0001/06 złożonej w postępowaniu 07-18-000307/AOS/02/1/02.1131.001.02/01.

W okresie objętym kontrolą harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie AOS dla dzieci dla trzech poradni<sup>28</sup> prowadzone były w systemie informatycznym świadczeniodawcy, a dla jednej poradni<sup>29</sup> w aplikacji AP-KOLCE<sup>30</sup>.

(akta kontroli str. 5-9, 34-42)

Harmonogram przyjęć pacjentów, w tym lista oczekujących na udzielenie świadczenia, do Poradni Nefrologicznej dla Dzieci za styczeń, luty, marzec 2023 r.<sup>31</sup> zawierał dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a-h, j<sup>32</sup> oraz art. 19a ust. 4 pkt 1-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>33</sup>, tj. datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, kategorię świadczeniobiorcy, numer telefonu, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć, zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, z wyjątkiem 53 przypadków<sup>34</sup>, w których nie wpisano rozpoznania, właściwej kategorii świadczeniobiorcy oraz wszystkich 1410 analizowanych przypadków, w których nie wpisano kodu w kolumnach: *kategoria świadczeniobiorcy, przyczyna skreślenia z kolejki, zmiana terminu przyczyna* (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

W przypadku analizowanych 22 wpisów na liście oczekujących na udzielenie świadczenia<sup>35</sup> wpisano prawidłową kategorię medyczną, kategorię świadczeniobiorcy oraz prawidłowo ustalono czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, z wyjątkiem sześciu przypadków (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

W harmonogramie przyjęć brak było podpisu osoby dokonującej wpisu, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit j. w zw. z art. 19a ust 4 pkt 1 uśoz. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w harmonogramie przyjęć widnieją dane osób dokonujących wpisu, zalogowanych przy pomocy loginu i hasła. W harmonogramie przyjęć w przypadku niektórych pacjentów kontynuujących leczenie brak było wpisanego identyfikatora skierowania, o którym mowa w art. 19a ust. 4 pkt 1, art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c, art. 59aa ust. 4 uśoz oraz w § 8 ust. 1 pkt 4 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<sup>36</sup>. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że wszystkie przypadki braku identyfikatora skierowania w harmonogramie przyjęć dotyczyły pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w Poradni Nefrologicznej dla Dzieci na podstawie skierowań dostarczonych w wersji papierowej, które nie posiadały identyfikatora.

(akta kontroli str. 34-44, 122-260, 326-375, 456, 459 pliki: 049-051)

Zgodnie z wykazem przyjęć pacjentów do Poradni Nefrologicznej dla Dzieci, za miesiące styczeń, luty, marzec 2023 r., 97,1% świadczeń udzielonych pacjentom

<sup>28</sup> Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci, Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci.

<sup>29</sup> Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci.

<sup>30</sup> Aplikacja Kolejki Centralne - aplikacja udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

<sup>31</sup> Dalej: harmonogram przyjęć.

<sup>32</sup> Z wyjątkiem podpisu osoby dokonującej wpisu, z uwagi na fakt prowadzenia harmonogramu przyjęć w systemie informatycznym.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146; dalej: uśoz.

<sup>34</sup> Badaniem objęto 1410 wpisów w harmonogramie przyjęć do Poradni nefrologicznej dla dzieci za okres styczeń-marzec 2023 r.

<sup>35</sup> L.kol.: 2022/3999, 2022/4285, 2022/3801, 2023/622, 2022/4889, 2022/4892, 2023/777, 2022/2944, 2022/4935, 2022/4967, 2022/2964, 2022/4969, 2023/585, 2023/2, 2022/2969, 2023/136, 2022/3568, 2023/338, 2022/3361, 2022/3529, 2022/4971, 2022/5010. Wybrane na podstawie osądu kontrolera.

<sup>36</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 610; dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji.

kontynuującym leczenie stanowiły teleporady<sup>37</sup>. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych wyjaśnił, że często opiekun dziecka wybierał tę formę specjalistycznej konsultacji nefrologicznej z uwagi na brak konieczności osobistej obecności pacjenta, sezon infekcji i dużą odległość od miejsca zamieszkania, a prośba opiekuna była odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjenta. Jednak analiza dokumentacji medycznej 12 pacjentów kontynuujących leczenie w miesiącach styczeń-marzec 2023 r. wykazała każdorazowy brak informacji na temat takiej prośby.

(akta kontroli str. 332-337, 360, 666-667)

Na koniec 2023 r. oraz I półrocza 2024 r., w Cepelek, 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<sup>38</sup>, jak i przypadek stabilny<sup>39</sup>, i tak:

1) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 88 dni<sup>40</sup>, 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<sup>41</sup>, 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<sup>42</sup>, 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<sup>43</sup>, 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<sup>44</sup>, 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<sup>45</sup>, 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:

<sup>37</sup> Z 1239 udzielonych świadczeń w przypadku kontynuacji leczenia, w 1203 przypadkach zostało wykazane świadczenie 89.0099: *Porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności*.

<sup>38</sup> Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 lit. a 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; dalej: „rozporządzenie 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.

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 0 dni z powodu przerwy w udzielaniu świadczeń.

<sup>41</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 0 dni z powodu przerwy w udzielaniu świadczeń.

<sup>42</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 91 dni.

<sup>43</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 140 dni.

<sup>44</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 53 dni.

<sup>45</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 88 dni.

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 14 dni<sup>46</sup>, 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<sup>47</sup>, 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.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że główną przyczyną zwiększania się średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci, zarówno dla przypadków pilnych, jak i przypadków stabilnych, była i jest coraz większa zgłaszalność pacjentów. W latach 2021-2022 wygasła pandemia COVID-19 i coraz więcej osób decydowało się kontynuować lub rozpocząć leczenie. Wyjaśnił, że obecnie na coraz większy napływ pacjentów do poradni specjalistycznych Cepelek, udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, ma wpływ coraz mniejsza dostępność takich poradni na rynku medycznym. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w latach 2023-2024 Cepelek ogłaszał konkursy ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nefrologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, alergologii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej pozwalające na zatrudnienie lekarzy specjalistów, lecz nie zgłosił się żaden nowy specjalista.

(akta kontroli str. 26-33, 45-57)

W raportach statystycznych za wrzesień 2023 r. Cepelek wykazał do NFZ 157 świadczeń w zakresie otolaryngologii dziecięcej. Świadczenia te zostały ujęte w zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej w formie „Wykazu przyjęć”. Wykaz ten zawierał wszystkie elementy wymagane § 40 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej*<sup>48</sup>. Zarówno dni, jak i godziny, w których zostały udzielone świadczenia były zgodne z harmonogramem pracy lekarza udzielającego świadczeń określonym w załączniku nr 2 do umowy NFZ.

(akta kontroli str. 1310-1341)

W Cepelek opracowano procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, zgodnie z dyspozycją § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Szacowanie ryzyka realizowane było zarówno w ramach procedur kontroli zarządczej, jak i w oparciu o procedury polityki bezpieczeństwa danych osobowych oraz procedury bezpieczeństwa informatycznego. Procedury dotyczące szacowania ryzyka w obszarze ochrony danych osobowych nie były jednak realizowane w pełnym, przyjętym do stosowania zakresie, nie były również rzetelnie dokumentowane (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości). Do autoryzacji dokumentacji, wytworzonej przez lekarza, wykorzystywano certyfikat wystawiony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

(akta kontroli str. 475-558, 734-798)

Do 4 września 2023 r. użytkownicy systemu informatycznego wykorzystywanego w Cepelek do przetwarzania dokumentacji medycznej pacjentów otrzymywali uprawnienia dostępu na podstawie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. Zakres upoważnienia ustalany był z bezpośrednim przełożonym użytkownika przez administratora systemu informatycznego w formie omówienia, nie była na tę okoliczność wytwarzana odrębna dokumentacja. Po tej dacie, zgodnie

<sup>46</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 48 dni.

<sup>47</sup> Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 64 dni.

<sup>48</sup> Dz. U. z 2022 poz. 833, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.



z obowiązującym zarządzeniem<sup>49</sup>, przebieg procesu był dokumentowany. Użytkownikom systemu nadawane były dostęp do danych wytwarzanych w ramach właściwej dla nich komórki organizacyjnej, zgodnie z zasadą proporcjonalności (minimalizacji) nadawanych uprawnień.

System informatyczny, służący do przetwarzania dokumentacji medycznej, spełniał wymogi określone w standardzie HL7 CDA<sup>50</sup>, umożliwiające wymianę danych z platformą P1<sup>51</sup>. Zabezpieczenia dostępu do urządzeń systemu informatycznego obejmowały zarówno fizyczne środki bezpieczeństwa, jak i mechanizmy kontroli dostępu na poziomie zabezpieczeń kryptograficznych. Pomieszczenia, w których zapisywane były dane informatyczne, wyposażone zostały w fizyczne zabezpieczenia dostępu oraz w system zabezpieczenia ppoż. i przed zalaniem, wprowadzono również stały monitoring wilgotności panującej w pomieszczeniu. Kopie danych tworzone były w czasie rzeczywistym i umożliwiały bieżące ich odtworzenie. Raz w roku wykonywane było pełne odtworzenie systemu z kopii zapasowej. W Cepelek zdywersyfikowano miejsca, w których tworzone i przechowywane były kopie danych. Oprogramowanie dostarczone przez dostawcę systemu informatycznego umożliwiało weryfikację wersji systemu informatycznego oraz śledzenie zakresu dokonanych zmian.

(akta kontroli str. 593-624, 734-744)

Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była od 4 stycznia 2021 r. w formie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)<sup>52</sup>. W początkowym okresie, tj. od 4 stycznia 2021 r. do 31 maja 2022 r., wytworzona elektronicznie dokumentacja była drukowana, a wydruki dołączane do kartotek pacjentów<sup>53</sup>. Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych wyjaśniła, że mając na uwadze wystąpienie ewentualnych problemów w początkowym okresie wprowadzono okres przejściowy.

Sposób zabezpieczenia danych osobowych pacjentów, wytworzonych w postaci elektronicznej jak i papierowej, określał załącznik do Polityki bezpieczeństwa *Środki organizacyjne i techniczne niezbędne dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych*<sup>54</sup>. Dokumentacja medyczna pacjentów poradni nefrologicznej, otolaryngologicznej, alergologicznej oraz kardiologicznej dla dzieci, wytworzona w Cepelek w postaci papierowej, przechowywana była w pomieszczeniach, które zabezpieczone były przed nieautoryzowanym dostępem osób nieupoważnionych. Pomieszczenia nie posiadały dedykowanych zabezpieczeń p.poż oraz chroniących akta przed zalaniem (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 475-493, 558-562, 592, 625-643, 794-798)

Objęta badaniem indywidualna dokumentacja medyczna<sup>55</sup> była prowadzona zgodnie z wymogiem określonym w § 1 pkt 6 ppkt. 4, § 4 pkt. 1-2, § 6 pkt. 1-2, § 10 pkt 1-4 oraz § 44 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Jednak w całości

<sup>49</sup> Zarządzenie Dyrektora Cepelek nr 25/2023 z dnia 4 września 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustanowienia i wdrożenia Polityki bezpieczeństwa danych osobowych w Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” w Warszawie.

<sup>50</sup> <https://www.cez.gov.pl/HL7POL-1.3.1.2/plcda-1.3.1.2/plcda-html-1.3.1.2/plcda-html-1.3.1.2/index.html>

<sup>51</sup> Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

<sup>52</sup> Zgodnie z art. 2 pkt. 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, ze zm.), dalej ustawa o SIM.

<sup>53</sup> 21 grudnia 2020 r., za pośrednictwem informacji przesłanej wszystkim użytkownikom systemu informatycznego, Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych wskazała personelowi Cepelek, że od początku 2021 r. dokumentacja medyczna pacjentów będzie tworzona w postaci elektronicznej.

<sup>54</sup> Załącznik nr 21 do Polityki bezpieczeństwa – Środki organizacyjne i techniczne niezbędne dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

<sup>55</sup> Badaniem objęto 20 indywidualnych dokumentacji medycznych utworzonych w 2023 r. w zakresie nefrologii dla dzieci na rzecz 20 pacjentów pierwszorazowych. Badanie przeprowadzono 19 listopada 2024 r.

zbadanej dokumentacji stwierdzono brak adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej, a w 18 przypadkach (90% badanej próby) brak imienia i nazwiska takiego przedstawiciela (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 1533-1556)

W Cepelek wprowadzone zostały zasady udostępniania dokumentacji medycznej zarówno pacjentom jak i osobom przez nich upoważnionym<sup>56</sup>. Nie prowadzono jednak wykazu udostępnianej dokumentacji medycznej pacjentom małoletnim, a sposób w jaki była udostępniana taka dokumentacja był niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 479-493; 563-577, 663-733)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Cepelek nie podano do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń następujących wymaganych informacji<sup>57</sup>:

1) właściwych godzin udzielania świadczeń w odniesieniu do:

- a) świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci: zgodnie z Załącznikiem nr 2 do umowy NFZ 2011, lekarz udzielał świadczeń w: poniedziałki w godz. 12.30-18.00, wtorki w godz. 12.00-13.00, 13.30-18.00, środy w godz. 9.30-14.00; natomiast zgodnie z informacjami na tablicach informacyjnych wewnątrz budynku Przychodni, tj. budynek C naprzeciw Rejestracji dla dzieci oraz przy gabinecie nr 4, udzielał świadczeń w: poniedziałki w godz. 12.00-18.00, wtorki w godz. 12.00-18.00, środy w godz. 08.30-13.50 (tablica naprzeciw Rejestracji dla dzieci), 8.30-14.00 (tablica przy gabinecie nr 4).

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że lekarz przyjmował w tym samym gabinecie również pacjentów dorosłych, stąd informacje na tablicach obejmowały cały harmonogram pracy w danym dniu. Wyjaśnił, że rozbieżność na dwóch tablicach dotycząca godzin udzielania świadczeń w środę wynikała z oznaczenia godziny przyjęcia ostatniego pacjenta na jednej tablicy a godziny, do której pracuje lekarz, na drugiej tablicy;

- b) świadczeń w zakresie kardiologii dla dzieci: zgodnie z danymi załączniku nr 2 do umowy NFZ 2011, lekarz udzielał świadczeń we wtorki w godz. 8.00-12.00; natomiast na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku Cepelek (naprzeciw Rejestracji dla dzieci) brak było informacji o udzielaniu świadczeń w tym dniu.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że brak informacji wynikał z faktu, iż w ten dzień lekarz, w ramach porady specjalistycznej, wykonywał badania echokardiograficzne dla pacjentów kontynuujących leczenie;

- 2) właściwej nazwy poradni w odniesieniu do udzielanych świadczeń w zakresie otolaryngologii dziecięcej: na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku Cepelek (naprzeciw Rejestracji dla dzieci) była wskazana nazwa poradni *Poradnia Laryngologiczna*, natomiast zgodnie z § 6 ust 4 Regulaminu organizacyjnego Przychodni nazwa poradni to: *Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci*<sup>58</sup>.

<sup>56</sup> Zarządzenie nr 18/2017 Dyrektora Cepelek z dnia 1 września 2017 r., zmienione Zarządzeniem nr 1/2020 z dnia 16 stycznia 2020 r., zmienione Zarządzeniem nr 27/2021 z dnia 8 listopada 2021 r., zmienione Zarządzeniem nr 30/2021 z 10 listopada 2021 r. i Zarządzeniem nr 14/2023 z dnia 16 marca 2023 r.

<sup>57</sup> Według stanu na 18 września 2024 r.

<sup>58</sup> Załącznik do zarządzenia nr 20/2023 Dyrektora CWPL „CePeLek” SPZOZ w Warszawie z dnia 30 czerwca 2023 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego, ze zm.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że na tablicy widniała omyłkowo nazwa *Poradnia Laryngologiczna*, co zostało już sprostowane i została wywieszona tabliczka z poprawną nazwą, tj. *Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci*;

- 3) imienia i nazwiska osoby kierującej pracami komórek organizacyjnych w zakresie AOS dla dzieci, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 1 OWU;
- 4) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 3 OWU;
- 5) zasad potwierdzania prawa do świadczeń, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 6 OWU;
- 6) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 8, § 11 ust. 5 OWU;
- 7) aktualnych danych dotyczących adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 9 OWU;
- 8) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 11 OWU.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że brak tych informacji na tablicach informacyjnych wynikał z przeoczenia pracownika rejestracji, który aktualizując wywieszone informacje, nie zwrócił uwagi na ich kompletność.

W trakcie kontroli NIK dane zawarte w podpunktach 1-8 zostały uzupełnione;

- 9) widocznych z zewnątrz budynku informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, co było niezgodne z § 11 ust. 1, § 11 ust. 5 OWU.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w Cepelek realizowane były świadczenia w ponad 40 zakresach, a świadczeń udzielało ponad 130 lekarzy. Duża ilość informacji o tym kto, w jakiej poradni i w jakich godzinach udzielał świadczeń zdrowotnych spowodowałoby, że dane na tablicy byłyby mało czytelne, a tablica ogromna. Wyjaśnił, że na tablicy umieszczonej na parterze budynku głównego, tuż przy rejestracji i szatni, wyświetlana jest informacja kto, w jakiej poradni i w jakich godzinach udziela świadczeń zdrowotnych AOS.

(akta kontroli str. 5-9, 11-19, 58-89, 261-273, 313-320, 383-394)

2. Nie dokonano bieżącej aktualizacji załącznika nr 2 do umów NFZ w zakresie jednej pozycji sprzętu – aparatu USG<sup>59</sup>, wykazanego w ww. załączniku dla gabinetów: alergologicznego dla dzieci, kardiologicznego dla dzieci, nefrologicznego dla dzieci, otolaryngologicznego dla dzieci<sup>60</sup>.

Było to niezgodne z § 2<sup>61</sup> ust. 8 umów z NFZ, które stanowiły, że świadczeniodawca obowiązany był do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych wyjaśniła, że aparat USG został wybrakowany 23 sierpnia 2024 r. i na dzień 19 września 2024 r. nie został jeszcze wykreślony z ewidencji, w związku z czym nie dokonano zgłoszenia w tym zakresie do NFZ. Wyjaśniła, że zgłoszenia stosownych zmian do umowy z NFZ

<sup>59</sup> Nr seryjny 1050772249; lokalizacja: gabinet diagnostyki obrazowej.

<sup>60</sup> Według stanu na 19 września 2024 r.

<sup>61</sup> Organizacja udzielania świadczeń.

zostały przekazane do NFZ w dniu 26 i 27 września 2024 r. i są w trakcie weryfikacji przez NFZ.

W trakcie kontroli NIK załączniki nr 2 do umów z NFZ zostały zaktualizowane.

(akta kontroli str. 93-121, 274-312, 465-474, 459-460 pliki: 055-062)

3. Z opóźnieniem wynoszącym od 15 do 268 dni Cepelek dokonał zgłoszenia do NFZ trzech zmian w harmonogramie określonym w załączniku nr 2 do umowy NFZ 2011. Zmiany te dotyczyły godzin udzielania świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci (dwa przypadki)<sup>62</sup> i otolaryngologii dziecięcej (jeden przypadek)<sup>63</sup>. Zgodnie z wymogiem określonym w § 6 ust. 2 w zw. z § 1 pkt 2 OWU zmiany w harmonogramie wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Zgodnie zaś z postanowieniem § 2 pkt 8 zawartej z NFZ umowy 2011, świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, odnosząc się do zmiany w zakresie alergologii dla dzieci zgłoszonej 15 dni po jej powstaniu oraz otolaryngologii dziecięcej zgłoszonej 29 dni po jej powstaniu, że w Cepelek w trakcie miesiąca zbierane są informacje o zmianie harmonogramów od wszystkich lekarzy i dopiero na koniec miesiąca wysyłane jest zgłoszenie do NFZ uwzględniające wszystkie zmiany. Odnosząc się do zmiany w zakresie alergologii dla dzieci zgłoszonej 268 dni po jej powstaniu wyjaśnił, że wynikała z braku możliwości rozliczenia 81 porad specjalistycznych o łącznej wartości 10 033,6 zł udzielonych pacjentom po ukończeniu przez nich 18 lat. Przyczyną powyższego było niedokonanie przez Cepelek podziału harmonogramu na dwa zakresy (dla dzieci i dla dorosłych). Cepelek, aby móc rozliczyć ww. świadczenia dokonał za zgodą publicznego płatnika wstecznej zmiany harmonogramu.

NIK wskazuje, że przywołany akt prawny jednoznacznie zobowiązuje świadczeniodawcę do zgłaszania zmian w harmonogramie najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str.1020-1046, 1229-1241)

4. Świadczeniodawca, w całym okresie objętym kontrolą, udzielał świadczeń w zakresie nefrologii dla dzieci niezgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy NFZ 2018 oraz zadeklarowanym w ofercie złożonej przez Cepelek w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej<sup>64</sup>.

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 udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W ofercie świadczeniodawca wskazał, że świadczenia w godzinach popołudniowych udzielane będą w środy w godzinach 14.00-18.00.

<sup>62</sup> 16 marca przesłano do NFZ zgłoszenie dotyczące godzin udzielania świadczeń po zakończeniu czasowej przerwy w ich udzielaniu, ze wskazanym okresem obowiązywania tych zmian od pierwszego marca 2023 r., tj. 15 dni po ich powstaniu. Drugie zgłoszenie, z dnia 24 listopada 2023 r., dotyczyło zmian godzin udzielania świadczeń, ze wskazanym okresem obowiązywania tych zmian od pierwszego marca 2023 r., tj. 268 dni po ich powstaniu.

<sup>63</sup> 30 sierpnia 2023 r. przesłano do NFZ zgłoszenie dotyczące zmian godzin udzielania świadczeń, ze wskazanym okresem obowiązywania tych zmian od pierwszego sierpnia 2023 r., tj. 29 dni po jej powstaniu.

<sup>64</sup> Numer oferty 07-18-000307[02/1]-0001/06 złożonej w postępowaniu 07-18-000307/AOS/02/1/02.1131.001.02/01.

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.

23 września 2024 r. Dyrektor Cepelek zwrócił się do NFZ z prośbą o wyrażenie zgody na odstępstwa od wymagań pracy przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych i wyrażenie zgody na realizację świadczeń tylko w porannym wymiarze czasu pracy lekarza. Jako powód wskazał, że jedyny lekarz udzielający świadczeń nefrologii dla dzieci nie wyraża zgody na pracę raz w tygodniu w godzinach popołudniowych. 3 października 2024 r. został podpisany aneks do umowy o nr 07R-8-00856-02-01-2018-25/A11/24, w którym wskazano, że w okresie od 1 października do 31 grudnia 2024 r. świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci będą udzielane tylko w godzinach przedpołudniowych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>65</sup> pora dnia udzielania świadczeń była przedmiotem oceny oferty (załącznik nr 2, tabela 2, część V, poz. 1), zgodnie zaś z § 5 przywołanego aktu prawnego, oferent który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy. Zgodnie z art. 158 ust. 1 u.s.o.z, nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że już po złożeniu oferty, lekarz z ważnych przyczyn osobistych, nie wyraził zgody na pracę w godzinach popołudniowych. Znalezienie innego lekarza, który chciałby pracować w godzinach popołudniowych, posiadającego rzadką specjalizację z nefrologii było i jest niezwykle trudne. Decyzja o udzielaniu świadczeń w zakresie nefrologii dla dzieci w środy w godzinach porannych podyktowana była tym, że brak zgody oznaczał rezygnację lekarza z pracy, a w konsekwencji niewykonanie kontraktu zawartego z NFZ, wydłużenie kolejki oczekujących, a nawet zamknięcie poradni nefrologicznej dla dzieci.

(akta kontroli str.1059-1148, 1229-1308, 1343-11450)

5. Harmonogram przyjęć nie zawierał części z wymaganych informacji:

- 1) w przypadku 23 wpisów, z 1410, brak było wpisanego rozpoznania<sup>66</sup>. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 1 oraz art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. f u.s.o.z, 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.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że wpisy były powiązane wyłącznie ze skierowaniami dostarczonymi przez pacjentów w formie papierowej. We wszystkich przypadkach

<sup>65</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.

<sup>66</sup> L. kol.: 2022/3727, 2022/3826, 2022/3846, 2022/3777, 2022/3906, 2022/3988, 2022/2694, 2022/4060, 2022/4185, 2022/4961, 2023/207, 2022/3369, 2022/4672, 2022/4692, 2022/4730, 2022/4854, 2022/4840, 2023/1044, 2022/3544, 2022/4903, 2022/4951, 2022/5039, 2022/5085.

poza dwoma (wynikającymi z błędu operatora rejestrującego pacjenta polegającego na przeoczeniu i niewpisaniu rozpoznania do systemu), na skutek działania operatora i/lub problemu technicznego, nie nastąpiło przeniesienie informacji o rozpoznaniu zawartym na skierowaniu do wpisu do harmonogramu, tj. rozpoznanie to zostało w systemie zaewidencjonowane, ale nie zostało udostępnione do wpisu do harmonogramu i tym samym nie pojawiało się na wydruku. Niezależnie od sytuacji opisanej wyżej, omawiane rozpoznanie było dostępne w terminarzu, przy wizycie, lub w danych skierowania. Obecnie, gdy obowiązuje elektroniczna forma skierowań, problem braku rozpoznań na wydruku już nie występuje. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, iż w wyniku działań serwisowych dostawcy oprogramowania problem został usunięty w trakcie kontroli NIK;

- 2) w harmonogramie przyjęć w 30 przypadkach<sup>67</sup> 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 uśoz, 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”.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że przyczyną nieprawidłowości była pomyłka osoby dokonującej wpisu oraz że przypomniano pracownikom rejestracji o zasadach dokonywania wpisów w harmonogramach przyjęć;

- 3) w przypadku wszystkich 1410 wpisów w harmonogramie przyjęć w kolumnach: „kategoria świadczeniobiorcy”, „przyczyna skreślenia z kolejki”, „zmiana terminu przyczyna” brak było wpisanego kodu. Było to niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c, pkt 7, pkt 8 lit. b oraz § 8 ust. 2 pkt 1, pkt 5 lit. d rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, który stanowił że w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, są gromadzone dane: zmiana terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika 3 do rozporządzenia<sup>68</sup>, kod kategorii świadczeniobiorcy przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia<sup>69</sup>, kod przyczyny skreślenia z harmonogramu przyjęć przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia<sup>70</sup>.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w ww. kolumnach zamiast kodów znajdowały się opisy, które im odpowiadały i jego zdaniem było to o wiele czytelniejsze i nie wykluczało zamiany na odpowiedni kod. Wyjaśnił, że niezależnie od tego, uzgodniono z dostawcą oprogramowania zamieszczanie informacji o ww. kodach.

<sup>67</sup> L. kol.: 2023/3, 2023/4, 2023/90, 2023/92, 2023/91, 2023/133, 2023/127, 2023/132, 2023/219, 2023/218, 2023/297, 2023/382, 2023/421, 2023/623, 2023/658, 2023/699, 2023/698, 2023/700, 2023/821, 2023/820, 2023/863, 2023/902, 2023/1054, 2023/1053, 2023/1094, 2023/1132, 2023/1176, 2023/1178, 2023/1177, 2023/1309.

<sup>68</sup> W tym kod: 5 – Na wniosek osoby wpisanej w harmonogramie przyjęć, 11 – Aktualizacja terminu w wyniku rezygnacji innych pacjentów.

<sup>69</sup> W tym kod: 1 – Przyjęty na bieżąco, 2 – Oczekujący, 5 – Kontynuujący leczenie.

<sup>70</sup> W tym kod: 1 – Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę, 2 – Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć, 11 - Osoba wpisana w harmonogramie przyjęć została omyłkowo wpisana, 8 - Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia.

W trakcie kontroli wprowadzono możliwość umieszczania w harmonogramie przyjęć stosownych kodów.

(akta kontroli str. 34-44, 122-260, 326-375, 456, 459 pliki: 049-051)

6. W odniesieniu do analizowanych 22 wpisów na liście oczekujących na udzielenie świadczenia<sup>71</sup> stwierdzono, iż:

- 1) w jednym przypadku okres oczekiwania na udzielenie świadczenia był krótszy niż w przypadku planowanych przyjęć innych oczekujących pacjentów. Było to niezgodne z art. 20 ust. 1 uósz, który stanowił że świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia oraz z art. 20 ust. 5 uósz, który stanowił, że listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (...). Było to również niezgodne z § 1 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, który stanowił że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących. Nieprawidłowość dotyczyła wpisu L. kol. 2023/622, data i godz. wpisu 7 lutego 2023 r. 15:15, data wizyty 8 lutego 2023 r., kategoria medyczna przypadek pilny, okres oczekiwania jeden dzień. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w dniu zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem pilnym do Przychodni, rejestratorka widząc, że zwolniło się w grafiku lekarza miejsce dla pacjenta pierwszorazowego i wiedząc że nie ma już możliwości przesunięcia wszystkich pacjentów oczekujących w sposób gwarantujący poszanowanie wszystkich zasad opisanych w art. 20 ust. 5 uósz, wybrała możliwość skorzystania przez chore dziecko z porady specjalisty.

W ocenie NIK pacjent, który zgłosił się do świadczeniodawcy i nie jest wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w czasie gdy inny pacjent nie stawiał się w wyznaczonym terminie, powinien zostać wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia według kolejności zgłoszenia;

- 2) na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku czterech wpisów<sup>72</sup>, z 22 objętych analizą, zostało wpisane 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 uósz, który stanowił, że listę oczekujących prowadzi się zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11<sup>73</sup>. Było to również niezgodne z § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, który stanowił, że w przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca przy umieszczeniu świadczeniobiorcy na liście oczekujących bierze pod uwagę kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że wpisanie kryterium przypadek stabilny było pomyłką operatora, a terminy wizyty w poradni nefrologicznej dla wymienionych pacjentów zostały wyznaczone zgodnie z kryterium wpisanym na skierowaniu, czyli jak dla przypadków pilnych;

<sup>71</sup> L. kol.: 2022/3999, 2022/4285, 2022/3801, 2023/622, 2022/4889, 2022/4892, 2023/777, 2022/2944, 2022/4935, 2022/4967, 2022/2964, 2022/4969, 2023/585, 2023/2, 2022/2969, 2023/136, 2022/3568, 2023/338, 2022/3361, 2022/3529, 2022/4971, 2022/5010.

<sup>72</sup> L. kol.: 2022/4969, 2023/2, 2023/136, 2023/338.

<sup>73</sup> Dotyczącego kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących.



3) na listę oczekujących na udzielenie świadczenia wpisano pacjenta kontynuującego leczenie<sup>74</sup>, co było niezgodne z art. 20 ust. 1a uśoz, który stanowił, że na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że w związku z dostarczeniem nowego skierowania przez pacjenta rejestratorka wpisała pacjenta w kategorii oczekujący. Wyjaśnił, że było to przeoczenie operatora, bowiem pacjent od wielu lat był pod opieką lekarza w poradni nefrologicznej i powinien mieć wpisaną kategorię kontynuujący leczenie.  
(akta kontroli str. 34-44, 122-260, 326-375, 456, 459 pliki: 049-051)

7. Całość zbadanej indywidualnej dokumentacji medycznej 20 małoletnich pacjentów, którym udzielono w 2023 r. świadczeń zdrowotnych<sup>75</sup>, nie zawierała adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej, a w 18 przypadkach imienia i nazwiska takiego przedstawiciela. Powyższe naruszało wymóg określony w art. 25 ust.1 pkt 1 lit. f, pkt. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>76</sup>, zgodnie z którym dokumentacja medyczna zawiera w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz jego adres miejsca zamieszkania.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że brak danych dotyczących przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej wynikał z przeoczenia.

W ocenie NIK skala stwierdzonej nieprawidłowości, tj. 100% badanej próby, wskazuje, że nieprawidłowość nie występowała incydentalnie, ale wynikała ze stałej praktyki.

(akta kontroli str. 1533-1556, 1558-1571)

8. Cepelek nie zapewnił wypełnienia dyspozycji art. 24 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W<sup>77</sup>. Brak stosowania przyjętych procedur postępowania w obszarze zarządzania przetwarzaniem danych osobowych oraz brak autoryzacji wytworzonych na tą okoliczność dokumentów, świadczy również o braku rzetelności w tym obszarze działalności. Zgodnie z przywołanym przepisem prawa, niezbędne jest wykazanie przez administratora danych osobowych, że wdrożył odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z niniejszym rozporządzeniem i aby móc to wykazać. Nie zostały opracowane i wdrożone do stosowania procedury oceny skutków dla ochrony danych osobowych, przez co nie została wypełniona dyspozycja § 13 ust. 4 przyjętej w Cepelek Polityki bezpieczeństwa, która stanowi, że ocena skutków dla ochrony danych odbywa się zgodnie z odrębną procedurą, przyjętą przez Cepelek. Coroczne raporty z przeprowadzonej analizy zagrożeń i ryzyka przy przetwarzaniu danych osobowych nie były autoryzowane przez osobę, która je sporządziła oraz przez administratora danych osobowych lub przez osobę przez niego upoważnioną.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że odrębna procedura nie została opracowana, ponieważ zapisy przyjętej przez niego Polityki bezpieczeństwa były na tyle nieprecyzyjne, że poprzestano na omówieniu oceny skutków dla ochrony danych osobowych podczas spotkań z kadrą kierowniczą i inspektorem ochrony danych osobowych.

<sup>74</sup> L. kol. 2023 / 585, data i godz. wpisu 8 lutego 2023 r. 09:16, kryterium medyczne przypadek stabilny, planowa data przyjęcia 10 lutego 2023 r.

<sup>75</sup> Stan na dzień przeprowadzenia badania, tj. 19 listopada 2024 r. Badaniem objęto dokumentację medyczną utworzoną 20 pacjentom, którym udzielono w 2023 r. świadczeń w zakresie nefrologii (id pacjenta: 835264, 836867, 833785, 846664, 840831, 840894, 847315, 841129, 841235, 841293, 842528, 734852, 843556, 832313, 831250, 832111, 841337, 806075, 837281, 839687).

<sup>76</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm., dalej: *ustawa o prawach pacjenta*.

<sup>77</sup> Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.



Dyrektor wyjaśnił również, że brak autoryzacji raportów z przeprowadzonej analizy zagrożeń i ryzyka przy przetwarzaniu danych osobowych wynika z przyjętej, elektronicznej, formy dokumentu, ponieważ żaden akt prawa nie zdefiniował wprost formy takiego opracowania.

Zdaniem NIK, określone do stosowania w Cepelek standardy postępowania przy realizacji zadań powinny precyzyjnie określać sposób ich wypełniania.

W trakcie kontroli w Cepelek opracowano i wdrożono do stosowania procedurę zarządzania ryzykiem, obejmującą ocenę skutków dla ochrony danych osobowych<sup>78</sup>.  
(akta kontroli str. 506-508, 738-774, plik: 04, 25, 32)

9. Sposób zabezpieczenia dokumentacji wytworzonej w postaci papierowej był niezgodny z zidentyfikowanym ryzykiem w tym obszarze.

Z przeprowadzanej corocznie w Cepelek *Analizy zagrożeń i ryzyka przy przetwarzaniu danych osobowych* wynikało, że zidentyfikowanymi istotnymi ryzykami są między innymi: pożar i zalanie wodą. Oględziny pomieszczeń<sup>79</sup>, w których była przechowywana dokumentacja medyczna pacjentów w postaci papierowej, wykazały, że nie posiadają one dedykowanych zabezpieczeń w zakresie zidentyfikowanego ryzyka.

Zgodnie z § 67 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że podjęto szereg działań mających na celu minimalizowanie ryzyka w tym zakresie, które obejmują między innymi zastosowanie drzwi/przegród ognioodpornych, gaśnic, systemu monitoringu wizyjnego oraz zabezpieczenia w 2025 r. środków w planie finansowym Cepelek na wykonanie systemu sygnalizacji pożaru i włączenia go do systemu monitoringu pożarowego połączonego z Państwową Strażą Pożarną.

W ocenie NIK zaplanowane działania w zakresie zabezpieczenia dokumentacji medycznej powinny obejmować wszystkie zidentyfikowane ryzyka.  
(akta kontroli str. 479-491, 626-643, 764-775, 795-798)

10. W Cepelek nie był prowadzony wykaz udostępnianej dokumentacji medycznej, obejmujący 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*. Zgodnie z tym przepisem podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Decyzje dotyczące małoletnich pacjentów podejmuje w ich imieniu przedstawiciel ustawowy lub opiekunowie prawni. W jednym przypadku dokumentacja medyczna pacjentki została udostępniona jej babci, po przedstawieniu przez nią pisemnego upoważnienia od matki. Autentyczność upoważnienia nie mogła zostać zweryfikowana przez personel, ponieważ dokumentacja medyczna pacjenta nie zawierała danych osobowych przedstawiciela ustawowego. Ponadto upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej nie zostało zamieszczone w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji

<sup>78</sup> Zarządzenie Dyrektora Cepelek nr 28/2024 z dnia 14 listopada 2024 r. w sprawie ustanowienia i wdrożenia polityki bezpieczeństwa Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” SPZOZ w Warszawie z datą obowiązywania od 2 grudnia 2024 r. Dalej: Zarządzenie nr 28/2024.

<sup>79</sup> Oględziny przeprowadzono 23 października 2024 r.

medycznej. W ośmiu z 40 wniosków (20% badanej próby)<sup>80</sup> nie wskazano daty udostępnienia lub adnotacji o przyczynach braku realizacji wniosku<sup>81</sup>. W 22 przypadkach (55%) nie było możliwe zweryfikowanie czy dokumentacja medyczna została udostępniona osobie do tego upoważnionej z powodu braku zamieszczenia danych osobowych przedstawicieli ustawowych pacjentów oraz osób przez nich upoważnionych w elektronicznej dokumentacji medycznej<sup>82</sup>. W 10 przypadkach (25%) fakt udostępnienia dokumentacji medycznej nie został odnotowany w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że nieprawidłowości wynikały z braku dostosowania się pracowników rejestracji do regulacji obowiązujących w tym zakresie.

W trakcie kontroli w Cepelek opracowano i wprowadzono do stosowania<sup>83</sup> zasady udostępniania dokumentacji medycznej małoletnich pacjentów, w tym wykaz udostępnianej dokumentacji.

(akta kontroli str.668-721, 795-798, 799 plik: 04, 18, 25)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność badań lub procedur medycznych były zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie. Jednak stwierdzono przypadek niezgłoszenia na bieżąco do NFZ zmiany w zakresie sprzętu wykazanego w załączniku nr 2 do umów z NFZ. Nie podano do wiadomości pacjentów w miejscu udzielania świadczeń wszystkich wymaganych informacji. Świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci w całym okresie objętym kontrolą udzielane były niezgodnie z harmonogramem określonym w umowie z NFZ. Prowadzony w podmiocie harmonogram przyjęć zawierał nieprawidłowości polegające na niewpisaniu rozpoznania czy wskazaniu niewłaściwej kategorii świadczeniobiorcy.

W Cepelek nie przyjęto do stosowania procedury oceny skutków dla ochrony danych osobowych, raporty z przeprowadzonej analizy zagrożeń i ryzyka przy przetwarzaniu danych osobowych sporządzone zostały w postaci elektronicznej bez autoryzacji przez osobę sporządzającą oraz przez administratora danych osobowych. Zakres informacji oraz sposób prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów małoletnich co do zasady był zgodny z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Nie zawierała ona jednak informacji dotyczących przedstawicieli ustawowych małoletnich pacjentów, które umożliwiają identyfikację osób upoważnionych do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz do udostępniania dokumentacji medycznej. Nie był prowadzony wykaz udostępnianej dokumentacji medycznej małoletnich pacjentów. Sposób w jaki zabezpieczona została dokumentacja medyczna w postaci papierowej nie uwzględniał pełnego, zidentyfikowanego w tym obszarze ryzyka.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 2. Współpraca AOS i POZ w procesie udzielania świadczeń

Osoby udzielające w Cepelek świadczeń zdrowotnych miały stały dostęp do danych medycznych o pacjentach, które znajdowały się w systemie informatycznym podmiotu leczniczego. Rozwiązanie takie pozwalało na wymianę pomiędzy personelem medycznym niezbędnych informacji o pacjentach.

<sup>80</sup> Badaniem objęto 40 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej złożonych do rejestracji AOS Przychodni Cepelek dla dzieci w latach 2021-2024. Do analizy wybrano po 10 wniosków złożonych na przestrzeni każdego roku, do trzech wniosków w jednym miesiącu w zależności od ogólnej liczby wpływających wniosków. Wnioski nie były ewidencjonowane w wykazie udostępnianej dokumentacji medycznej, jedynie odkładane do segregatora. Wszystkie udostępnienia zrealizowane zostały w formie wydruku z systemu informatycznego.

<sup>81</sup> Pięć wniosków z 2021 r. i trzy z 2022 r.

<sup>82</sup> Cztery wnioski z 2021 r., osiem z 2023 r. i po pięć z 2022 r. i z 2024 r.

<sup>83</sup> Zarządzenie nr 28/2024.

Lekarze kierujący małoletnich pacjentów na leczenie specjalistyczne nie zapewnili, we wszystkich przypadkach, lekarzom w jednostce kontrolowanej niezbędnych informacji o stanie zdrowia kierowanych na takie leczenie pacjentów. W objętej badaniem dokumentacji medycznej 20 pacjentów, którym w I kw. 2023 r. udzielone zostały w Cepelek po raz pierwszy świadczenia nefrologii dla dzieci<sup>84</sup>, stwierdzono, że w ośmiu przypadkach lekarz, który skierował pacjenta na leczenie specjalistyczne, nie dołączył do skierowania informacji o dotychczasowym leczeniu, w jednym przypadku nie dołączył wyników badań, a w dwóch zarówno wyników badań diagnostycznych lub konsultacji, jak i informacji o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym, pomimo iż obowiązek taki wynikał z § 12 ust. 1 pkt 1-2 OWU.

W objętych badaniem ww. dokumentacjach medycznych stwierdzono ponadto, że we wszystkich przypadkach lekarz sporządził Informację dla lekarza kierującego/POZ, jednak sporządzony dokument nie został podpisany, przez co dane w nim zawarte nie zostały udostępnione za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej<sup>85</sup> (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 1486-1515, 1558-1571)

W objętych badaniem dokumentacjach medycznych 20 pacjentów<sup>86</sup> korzystających ze świadczeń AOS dla dzieci, którzy ukończyli w 2023 r. 18 lat, ale z uwagi na chorobę przewlekłą wymagali dalszej opieki specjalistycznej, stwierdzono, że nie sporządzono bądź sporządzono nieterminowo informację dla lekarza kierującego pacjentem na leczenie w poradni specjalistycznej, a dane zawarte w tej informacji nie były udostępnione w SIM (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 1464-1485)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W wszystkich objętych badaniem przypadkach dotyczących świadczeń pierwszorazowych<sup>87</sup> udzielonych w 2023 r. sporządzona przez lekarza Informacja dla lekarza kierującego/POZ nie zawierała podpisu osoby sporządzającej dokument, a dane w niej zawarte nie zostały udostępnione za pośrednictwem SIM. Działanie takie było niezgodne z wymogiem określonym w § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja indywidualna zawiera m.in. podpis osoby udzielającej świadczenia oraz niezgodne z art. 11 ust. 1b, 2 ustawy o SIM, zgodnie z którym usługodawcy są obowiązani dokonywać wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a. Dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy, są udostępniane za pośrednictwem SIM.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że brak podpisu spowodowany był przeoczeniem lekarza, a niedostępność danych w SIM była konsekwencją braku podpisu.

(akta kontroli str. 1486-1515, 1558-1571)

2. We wszystkich objętych badaniem dokumentacjach medycznych pacjentów, którzy ukończyli w 2023 r. 18 lat, a z uwagi na chorobę przewlekłą wymagali dalszej

<sup>84</sup> Id pacjenta: 835264, 836867, 833785, 846664, 840831, 840894, 847315, 841129, 841235, 841293, 842528, 734852, 843556, 832313, 831250, 832111, 841337, 806075, 837281, 839687.

<sup>85</sup> Dalej: SIM.

<sup>86</sup> Id pacjenta: świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci: 660421, 399524, 301175, 422650, 441623, świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej: 412525, świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci: 599564, 805757, 628606, 701952, 300697, 740306, 426750, 763563, 769936, 796741, 788593, 451938, 767455, 437310.

<sup>87</sup> Badaniem objęto 20 dokumentacji medycznych pacjentów o Id pacjenta: 835264, 836867, 833785, 846664, 840831, 840894, 847315, 841129, 841235, 841293, 842528, 734852, 843556, 832313, 831250, 832111, 841337, 806075, 837281, 839687 – świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci.

opieki specjalistycznej lekarze udzielający świadczeń w poradniach specjalistycznych sporządzili nieterminowo lub 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, w tym:

- w 15 przypadkach (75% badanej próby)<sup>88</sup> w okresie objętym kontrolą<sup>89</sup> lekarze nie sporządzili informacji dla lekarza kierującego<sup>90</sup>,
- w pięciu przypadkach (25% badanej próby)<sup>91</sup> informacja taka była wystawiona tylko w dniu rozpoczęcia leczenia w tej poradni. W pozostałym okresie nie sporządzono takiej informacji, mimo iż pacjenci ci byli pod opieką poradni od jednego roku i trzech miesięcy do dwóch lat i pięciu miesięcy<sup>92</sup>. W pięciu ww. przypadkach sporządzony dokument nie został podpisany przez osobę go sporządzającą, przez co nie został udostępniony w SIM.

Powyższe stanowiło naruszenie wymogu określonego w:

- § 12 ust. 4-5 OWU, zgodnie z którym lekarz powinien sporządzać pisemną informację 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 i przekazywać lekarzowi kierującemu nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy,
- art. 11 ust. 1b, 2 ustawy o SIM.

Dyrektor Cepelek wyjaśnił, że brak podpisu spowodowany był przeoczeniem lekarza, a nieudostępnienie danych w SIM było konsekwencją braku podpisu.

(akta kontroli str. 1464-1485, 1558-1571)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Cepelek funkcjonowały rozwiązania organizacyjne zapewniające osobom udzielającym w nim świadczeń zdrowotnych wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Lekarze udzielający świadczeń AOS dla dzieci nie wywiązywali się jednak z obowiązku terminowego przekazywania informacji o pacjentach dla lekarzy kierujących. Dane zamieszczone w sporządzonych informacjach nie zostały udostępnione w SIM.

#### IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi      Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski    1. Uwzględnianie w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, informacji dotyczących:

- kategorii świadczeniobiorcy zgodnej ze stanem faktycznym,

<sup>88</sup> Dotyczy pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie specjalistyczne w danej poradni przed okresem objętym kontrolą - Id pacjenta: 660421, 399524, 301175, 422650, 441623 - świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci, 628606, 701952, 300697, 740306, 426750, 763563, 451938, 767455, 437310 - świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci, 412525 - świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej.

<sup>89</sup> Wg stanu na 27 listopada 2024 r.

<sup>90</sup> Czas jaki upłynął od dnia sporządzenia ostatniej informacji dla lekarza kierującego POZ do dnia przeprowadzenia badania wynosił od 3 lat i dziewięciu miesięcy do 14 lat i czterech miesięcy. W jednym przypadku informacja taka od początku leczenia pacjenta w poradni, tj. 12 października 2011 r. do ukończenia 18 r.ż. nie została w ogóle sporządzona.

<sup>91</sup> Dotyczących pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w okresie objętym kontrolą - Id pacjenta: 599564, 805757, 769936, 796741, 788593 - świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci.

<sup>92</sup> Liczone od dnia rozpoczęcia leczenia do dnia uzyskania pełnoletności.

- kryterium medycznego zgodnego z postanowieniami rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych.
- 2. Wpisywanie świadczeniobiorców na listę oczekujących na udzielenie świadczenia według kolejności zgłoszenia.
- 3. Udzielanie świadczeń w czasie określonym w załączniku nr 2 do obowiązującej umowy z NFZ.
- 4. Zapewnienie terminowego zgłaszania do NFZ zmian dotyczących godzin udzielania świadczeń.
- 5. Uzupełnienie informacji zawartych w dokumentacji medycznej małoletnich pacjentów w sposób umożliwiający weryfikację osób upoważnionych do wyrażenia zgody na udzielanie im świadczeń zdrowotnych, uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz udostępnienia dokumentacji medycznej.
- 6. Zabezpieczenie dokumentacji medycznej pacjentów, wytworzonej w postaci papierowej, adekwatnie do zdiagnozowanego ryzyka w tym obszarze.
- 7. Podjęcie skutecznych działań zapewniających:
  - terminowe sporządzanie i przekazywanie w SIM Informacji dla lekarza kierującego/POZ,
  - terminowe sporządzanie i przekazywanie dla lekarza kierującego pacjenta 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.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 19 grudnia 2024 r.

Kontrolerzy:

Justyna Justyńska

Starszy inspektor kontroli państwowej

  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Dyrektor

P.O. DOKŁADNIK  
Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk

podpis

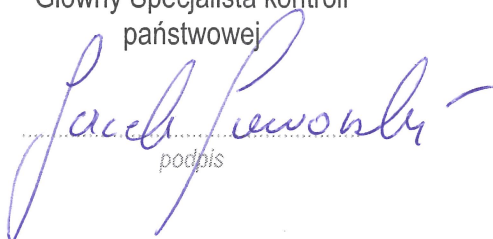
Izabela Podeszfińska

Główny specjalista kontroli  
państwowej

  
podpis

Jacek Jaworski

Główny Specjalista kontroli  
państwowej

  
podpis