



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.410.5.2.2024

Paweł Chojnowski  
Prezes Zarządu  
"ESCU LAP" spółka z o. o.  
ul. Fabryczna 1, 05-270 Marki

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | "ESCULAP" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Fabryczna 1, 05-270 Marki (dalej: <i>Spółka</i> lub <i>Esculap</i> ).                                                                                                                                                                                                                                           |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Paweł Chojnowski, Prezes Zarządu, od 6 czerwca 2014 r. (dalej: <i>Prezes</i> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Spełnianie przed podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń.<br>2. Współpraca AOS i POZ w obszarze udzielania świadczeń                                                                                                                                                                                      |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2021 – 2024 do czasu zakończenia badań kontrolnych <sup>1</sup> , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.                                                                                                                                                                                               |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Departament Zdrowia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kontrolerzy                         | 1. Tomasz Grudziński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/40/2024 z 4 września 2024 r.<br>2. Rafał Zyzik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/41/2024 z 4 września 2024 r.<br>3. Marcin Czyżewski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/46/2024 z 23 października 2024 r. |

(akta kontroli str.1-4)

<sup>1</sup> Czynność kontrole zakończono 13 grudnia 2024 r.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: *ustawa o NIK*

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Organizacja i sposób realizacji świadczeń były, w większości przypadków, zgodne z postanowieniami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>4</sup>. Spółka spełniła warunki realizacji świadczeń dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt. Dokumentacja medyczna prowadzona była elektronicznie. Dostęp do pomieszczeń w których była przechowywana w formie papierowej był ograniczony zabezpieczeniami elektronicznymi. 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. Przyjęto rozwiązania organizacyjne pozwalające osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym na wymianę informacji o pacjentach niezbędnych w prowadzonym procesie leczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na udzielanie świadczeń, jak również na ich dostępność i dotyczyły:

- niepełnego zamieszczenia informacji pacjentom korzystającym ze świadczeń w zakresie danych osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
- nierzetelnego wykazania informacji przekazywanych do NFZ w zakresie posiadanego sprzętu medycznego,
- nierzetelnego prowadzenia harmonogramów,
- nieprzestrzegania wykazywanego do NFZ czasu lekarzy specjalistów,
- nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- nieprzestrzeganie wymogów wewnętrznych dotyczących obowiązujących upoważnień do przetwarzania danych osobowych jak również nierzetelnego odbierania uprawnień w dostępie do systemu informatycznego,
- braku zapewnienia należytego przechowywania części dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej,
- nieprzekazywania informacji dla lekarza kierującego do specjalisty.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

1. Spółka została utworzona na podstawie Aktu Notarialnego<sup>6</sup> z dnia 26 kwietnia 2001 roku. Zgodnie z art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*<sup>7</sup>, dokonano wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>8</sup>. Zawarte w księdze rejestrowej dane komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej dla dzieci (dalej: *AOS dla dzieci*), odpowiadały stanowi faktycznemu i informacjom

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dalej: NFZ.

<sup>5</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>6</sup> Repertorium A-3390/2001.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm., dalej *udl* lub *ustawa o działalności leczniczej*.

<sup>8</sup> Numer księgi rejestrowej 000000007832.

zawartym w Regulaminie organizacyjnym<sup>9</sup>. Zawierał on opis m.in. struktury organizacyjnej, rodzajów udzielanych świadczeń, zasad ich udzielania oraz dostępu do badań diagnostycznych, co odpowiadało wymaganiom określonym w art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*. Informacje te podano do wiadomości pacjentów poprzez umieszczenie ich na tablicy informacyjnej na terenie przychodni oraz opublikowano na stronie internetowej.

W §8 Regulaminu organizacyjnego Spółki zostały określone formy rejestracji pacjentów: bezpośrednia w recepcji, telefoniczna, bądź za pomocą udostępnionego adresu email. Informacje w tym zakresie zostały zmieszczone na stronie internetowej Spółki w zakładce „ABC Pacjenta”.

Na tablicach informacyjnych, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, widniały wszystkie informacje, które świadczeniodawca był zobowiązany podać do wiadomości zgodnie z §11 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>10</sup> poza informacjami w zakresie imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej oraz osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsc ich udzielania o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W okresie objętym kontrolą Spółka, na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia z dnia 1 lutego 2011 r.<sup>11</sup>, udzielała świadczeń AOS dla dzieci w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w trzech zakresach świadczeń, tj.: okulistyki dziecięcej, neurologii dziecięcej, oraz chirurgii dziecięcej.

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 co wypełniało postanowienia §11 ust. 4 pkt 1 *rozporządzenia OWU*, poza niezgodnościami dotyczące numerów seryjnych użytkowanego sprzętu zgłoszonego do NFZ o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Według stanu na 30 czerwca 2024 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało sześciu lekarzy<sup>12</sup>, wszyscy świadczyli pracę na podstawie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>13</sup>.

Lekarze udzielających świadczeń w ramach AOS dla dzieci zostali wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ. Osoby wymienione w tym załączniku posiadały wymagane kwalifikacje. Zmiany personelu zgłaszane były drogą elektroniczną do NFZ, godziny udzielania świadczeń przez lekarzy specjalistów<sup>14</sup> nie w pełni odpowiadały godzinom udzielania świadczeń wskazanym w załączniku nr 2 do umowy z NFZ personelu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

---

<sup>9</sup> Z dnia 1 września 2024 r. obowiązujący od 2 września 2024 r. Wcześniej obowiązywały Regulaminy z dnia 1 lipca 2023 r. oraz 14 marca 2020 r.

<sup>10</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: *rozporządzenie OWU*.

<sup>11</sup> Nr 07R-1-00041-02-01-2011-2013/11 (07-00-00998-11-13/06) aneksowana w kolejnych latach.

<sup>12</sup> Czterech specjalistów okulistyki, jeden specjalista neurologii dziecięcej oraz jeden specjalista chirurgii dziecięcej - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z 6 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.) chirurg dziecięcy może udzielać świadczeń w zakresie ortopedii dziecięcej.

<sup>13</sup> Tzw. kontraktów.

<sup>14</sup> Badaniu poddano osoby udzielające świadczeń AOS dla dzieci w styczniu 2023 r. i styczniu 2024 r.

W latach 2021-2024 (II kwartał) nie zaszły zmiany w zakresie personelu udzielającego świadczeń w ramach AOS dla dzieci. Średni wiek lekarza wynosił odpowiednio 54, 55, 56 oraz 57 lat na koniec II kwartału 2024 r.

W latach objętych kontrolą nie wystąpiły niedobory kadrowe dotyczące lekarzy specjalistów realizujących świadczenia AOS dla dzieci. Jak wynika ze złożonych przez Zarząd wyjaśnień, Spółka poszukiwała lekarzy m.in. ograniczenia zjawiska wzrostu czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.

Poziom realizacji umowy<sup>15</sup> z NFZ w zakresach AOS dla dzieci, w latach 2021-2024 (III kwartał), przedstawiał się następująco:

- w 2021 r. 422,3 tys. zł (tj. 104,3%). W tym w odniesieniu do zakresów dotyczących poradni: okulistycznej dla dzieci<sup>16</sup> wyniósł on 154,5 tys. zł (tj. 121,2%), neurologicznej<sup>17</sup> 111,7 tys. zł (tj. 113,8%) a dla poradni chirurgii ogólnej<sup>18</sup> 156,0 tys. zł (tj. 87,1%);
- w 2022 r. 663,1 tys. zł (130,8%). W tym w odniesieniu do zakresów dotyczących poradni: okulistycznej dla dzieci wyniósł on 308,7 tys. zł (tj. 219,0%), neurologicznej 152,1 tys. zł (tj. 117,4%) a dla poradni chirurgii ogólnej 202,2 tys. zł (tj. 85,5%);
- w 2023 r. 763,7 tys. zł (116,7%). W tym w odniesieniu do zakresów dotyczących poradni: okulistycznej dla dzieci wyniósł on 398,3 tys. zł (tj. 181,1%), neurologicznej 186,6 tys. zł (tj. 116,6%) a dla poradni chirurgii ogólnej 178,7 tys. zł (tj. 65,1%);
- za III kwartały 2024 r. 752,2 tys. zł (144,8%). W tym w odniesieniu do zakresów dotyczących poradni: okulistycznej dla dzieci wyniósł on 4291, tys. zł (tj. 218,6%), neurologicznej 160,2 tys. zł (tj. 121,9%) a dla poradni chirurgii ogólnej 162,9 tys. zł (tj. 85,0%).

Świadczenia udzielone w ramach zawartych umów (wraz z aneksami) zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

Spółka, w latach 2021-2024 (II kwartał), udzieliła łącznie 13,4 tys. świadczeń w zakresach AOS dla dzieci o łącznej wartości 2364,5 tys. zł 8,8 tys. pacjentom, w tym: w 2021 r. udzielono 2,2 tys. pacjentom 3,5 tys. świadczeń o wartości 421,8 tys. zł; w 2022 r. 2,4 tys. pacjentom 3,7 tys. świadczeń o wartości 662,8 tys. zł; w 2023 r. 2,4 tys. pacjentom, 3,8 tys. świadczeń o wartości 783,7 tys. zł.; natomiast w pierwszym półroczu 2024 r. 1,8 tys. pacjentom 2,3 tys. świadczeń o wartości 516,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 5-210, 349-363, 394-400, CD 994 pliki 3-124, 199-259 )

**2.** W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie AOS dla dzieci, prowadzone były w systemie informatycznym Spółki.

W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 września 2024 r. pacjent mógł zostać zapisany na udzielenie świadczenia, w tym pierwszorazowego, w zakresie AOS dla dzieci w dni powszednie w godzinach od 7:00 do 19:00 w rejestracji Przychodni oraz w godzinach od 7:00 do 18:00 za pośrednictwem Telefonicznej

<sup>15</sup> Uwzględniając jako wyznacznik pierwotną wartość umowy na dany rok.

<sup>16</sup> Świadczenia w zakresie: okulistyki dla dzieci, okulistyki dla dzieci ze wskazań nagłych, okulistyki dla dzieci diagnostyka onkologiczna.

<sup>17</sup> Świadczenia w zakresie: neurologii dziecięcej; neurologii dziecięcej diagnostyka onkologiczna, neurologii dziecięcej świadczenia pierwszorazowe.

<sup>18</sup> Świadczenia w zakresie: chirurgii dziecięcej, chirurgii dziecięcej we wskazań nagłych, chirurgii dziecięcej diagnostyka onkologiczna, świadczenia zabiegowe w chirurgii dziecięcej zakres skojarzony.

Obsługi Pacjenta. Pacjent, w tym pierwszorazowy, dostawał informację o dacie i godzinie w momencie zapisania się na wizytę. Prowadzeniem harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących, w zakresie AOS dla dzieci zajmowały się rejestratorzy medyczne.

Badaniem objęto trzy harmonogramy zapisów przyjęć, w których łącznie dokonano 1331 wpisów za okres I kwartału 2023 r do poradni AOS dla dzieci. Prowadzone harmonogramy (zapisów w tym lista oczekujących i przyjęć) dotyczące udzielenia świadczeń zawierały dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h, j<sup>19</sup> oraz art. 19a ust. 4 pkt 1-4 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>20</sup>, tj. datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie, 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 przypadków, w których nie wskazano: numeru telefonu (dwa przypadki) i powodu przyjęcia (wszystkie przypadki oznaczone jako przyjęcie w trybie nagłym), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto stwierdzono pojedyncze przypadki błędnego wskazania przyczyny zmiany terminu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zakwalifikowanie świadczeniobiorcy, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, do kryterium medycznego: przypadek pilny lub przypadek stabilny następowało na podstawie przedstawionego przez pacjenta skierowania do poradni, co było zgodne z wymogami określonymi w §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<sup>21</sup>.

W odniesieniu do przyjęć pacjentów przyjętych w tzw. trybie nagłym, wykazanych w harmonogramie przyjęć za I kwartał 2023r. poradni chirurgii ogólnej dla dzieci oraz poradni neurologicznej dla dzieci, w przypadku każdego takiego przyjęcia, w dokumentacji medycznej wskazano, iż przyjęcie dotyczy trybu nagłego lub opis zamieszczony w karcie wizyty (historia zdrowia i choroby) wskazywał na zasadność przyjęcia pacjenta w takim trybie w dniu zgłoszenia do poradni. Harmonogram (terminarz) wizyt wskazywał tryb przyjęcia jaki został oznaczony w rejestracji przez osobę rejestrującą pacjenta. W przypadku poradni okulistycznej dla dzieci stwierdzono braki w zakresie wpisów o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym lub dokonane wpisy w karcie historii zdrowia i choroby nie wskazywały na przyjęcie w takim trybie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci - w latach 2021 – 2024 (I półrocze) - ulegał systematycznemu wydłużeniu w odniesieniu do poradni: okulistycznej zarówno dla przypadków pilnych, jak i stabilnych<sup>22</sup> oraz neurologicznej dla przypadków pilnych. W poradni chirurgicznej dla dzieci nie występowała tendencja wzrostowa a czas oczekiwania ulegał fluktuacji w kolejnych latach kontrolowanego okresu.

Dla przypadków pilnych:

---

<sup>19</sup> Z wyjątkiem podpisu osoby dokonującej wpisu, z uwagi na fakt prowadzenia harmonogramu przyjęć w systemie informatycznym.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm., dalej: *uśoz*.

<sup>21</sup> Dz. U. nr 200, poz. 1661, dalej: *rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych*.

<sup>22</sup> Zgodnie z §2 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych.

- w poradni okulistycznej dla dzieci, na koniec 2021r., średni czas oczekiwania wynosił 71 dni i wzrastał w kolejnych latach, wynosząc na koniec każdego z nich: 129 dni - 2022 r. (wzrost o 81,6%), 133 dni - 2023r. (wzrost o 3,1%), osiągając 198 dni (wzrost o 48,9%) na 30 czerwca 2024r., co wskazuje na jego zwiększenie o 178,9% w stosunku do wartości z 2021 r.;

- w poradni neurologicznej dla dzieci średni czas oczekiwania na koniec lat objętych kontrolą wynosił odpowiednio: 214 dni w 2021 r., 230 dni w 2022 r. (wzrost o 7,5%), 239 dni w 2023 r. (wzrost o 3,9%) oraz osiągnął 267 dni (wzrost o 11,7%) na 30 czerwca 2024 r. co stanowiło wzrost o 24,8% w stosunku do wartości z końca 2021 r.;

- w poradni chirurgicznej dla dzieci, na koniec 2021 r., średni czas oczekiwania wynosił 28 dni, na koniec 2022 r. 27 dni (spadek o 3,6%), na koniec 2023 r. 28 dni (wzrost o 3,7%), a na koniec czerwca 2024r. wyniósł 21 dni (spadek o 25%), co oznacza spadek o 25% w stosunku do wartości z 2021 r. Oznacza to, że zarówno dla przypadków pilnych, jak i stabilnych nie występowały w tym zakresie znaczące różnice w średnim czasie oczekiwania na koniec każdego roku badanego okresu.

Dla przypadków stabilnych:

- w poradni okulistycznej średni czas oczekiwania, na koniec 2021 r., wynosił 152 dni i także wzrastał w kolejnych latach osiągając 260 dni na koniec 2022 r. (wzrost o 71,5%), 274 dni na koniec 2023 r. (wzrost o 5,4%) oraz osiągnął 311 dni (wzrost o 13,5%) na koniec czerwca 2024 r, co oznacza zwiększenie o 104,6% - w stosunku do 2021 r.;

- w poradni neurologicznej także występowała tendencja wzrostowa średniego czasu oczekiwania w kolejnych latach badanego okresu, wynosząc na koniec każdego roku odpowiednio: 240 dni – 2021r., 315 dni – 2022 r. (wzrost o 31,3%), 343 dni – 2023r. (wzrost o 8,9%), osiągając 342 dni na 30 czerwca 2024 r.(spadek o 0,3%), co oznacza wzrost dla całego badanego okresu o 42,5% w stosunku do 2021 r.;

- w poradni chirurgicznej średni czas oczekiwania dla całego badanego okresu spadł o 37,5% (wg. stanu na koniec I półrocza 2024 r.) w stosunku do wartości za 2021 r. W poszczególnych latach przyjmował wartości wynoszące: 40 dni na koniec 2021 r., 37 dni na 2022 r. (spadek o 7,5%), 24 dni na 2023 r. (spadek o 35,1%) oraz 25 dni na 30 czerwca 2024 r. (wzrost o 4,2%).

Liczba osób oczekujących w poszczególnych poradniach AOS dla dzieci także ulegała zmianom, przede wszystkim wzrostowi w 2022 r. i mniejszym wahanom w kolejnych latach.

Dla przypadków pilnych:

- w poradni okulistycznej dla dzieci, na koniec 2021 r., liczba oczekujących wynosiła 30 osób i wzrosła do 80 osób (tj. o 166,7%) na koniec 2022 r. W kolejnym roku utrzymywała się na podobnym poziomie osiągając 78 na koniec 2023 r. (spadek roczny o 2,5%) i 72 osoby (spadek roczny o 7,7%) na koniec czerwca 2024 r., co w całym kontrolowanym okresie oznaczało wzrost o 140% w stosunku do 2021 r.;

- w poradni neurologicznej dla dzieci, na koniec 2021 r., liczba oczekujących wynosiła 41 osób i znacząco wzrosła do 117 osób na koniec 2022 r. (tj. o 185,4%), po czym wykazała tendencję spadkową do 85 osób na koniec 2023 r. (spadek o 27,4%) i 48 osób na 30 czerwca 2024r.(spadek o 43,5%), co w całym kontrolowanym okresie oznaczało wzrost o 17,1% w stosunku do 2021r.;

- w poradni chirurgicznej dla dzieci liczba oczekujących, na koniec 2021 r., wynosiła 22 osoby i spadała w kolejnych dwóch latach do 11 osób na koniec 2023 r. (spadek roczny o 50%) i do 5 osób na koniec 2023 r. (spadek roczny o 54,5%), natomiast wzrosła do 14 osób (tj. o 180%) na koniec czerwca 2024 r.,

co w całym kontrolowanym okresie oznaczało spadek o 36,7% w stosunku do 2021r.

Dla przypadków stabilnych w kontrolowanym okresie tendencja dotycząca liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia przedstawiała się następująco:

- w poradni okulistycznej liczba osób oczekujących na koniec 2021 r. wynosiła 110 osób i wzrosła do 192 osób na koniec 2022 r. (tj. o 74,5%). W kolejnych latach utrzymywała się na podobnym poziomie wynosząc 177 na koniec 2023 r. (spadek roczny o 7,8%) i wzrastając do 191 osób (o 7,9%) na koniec czerwca 2024 r., co w całym kontrolowanym okresie oznacza wzrost o 73,6% w stosunku do 2021 r.;

- w poradni neurologicznej dla dzieci na koniec 2021 r. liczba oczekujących wynosiła 123 osoby i zmniejszała się w kolejnych latach wynosząc 120 osób na koniec 2022 r. (spadek o 2,4%), 112 osób na koniec 2023 r. (spadek o 6,7%) i 57 osób na 30 czerwca 2024 r. (spadek o 49,1%), co w całym kontrolowanym okresie oznacza spadek o 43,7% w stosunku do wartości z 2021 r.;

- w poradni chirurgicznej dla dzieci liczba oczekujących na koniec 2021 r. wynosiła 40 osób i spadała w kolejnych latach do 30 osób na koniec 2022 r. (o 25%) i do 19 osób na koniec 2023 r. (o 36,7%), na koniec czerwca 2024 r. utrzymała się na tym samym poziomie 19 osób, co oznacza w całym kontrolowanym okresie spadek o 52,5%.

Zarząd w odniesieniu znaczącego wzrostu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia wyjaśnił m.in., że *do tendencji wzrostowych mógł przyczynić się panujący stan epidemii (...) oraz wynikające z tego powodu czasowe ograniczenia w dostępności do świadczeń. Kolejną nową sytuacją niedającą się przewidzieć był napływ pacjentów z Ukrainy. Duży wpływ na wzrosty miała również migracja pacjentów do poradni neurologicznej z uwagi na nagły brak dostępność specjalisty w sąsiedniej gminie.* Ponadto Zarząd wskazał, iż na ww. kwestie wpływ miało także nieodwoływanie wizyt przez pacjentów i oczekiwanie na przywrócenie na listę oczekujących uzasadniane pogarszającym się stanem zdrowia. Jak wskazał Zarząd dla poradni okulistycznej w 2023 r. odwołania stanowiły 17,3% zaplanowanych wizyt, co biorąc pod uwagę liczbę godzin pracy lekarzy specjalistów wpływało na „przestoje pracy poradni” (sytuacja w której jest lekarz, nie ma pacjenta) wynosząc ok. 5 tyg. Dla poradni neurologicznej odwołania stanowiły 15,8% natomiast dla poradni chirurgicznej 13,0% co w obu przypadkach stanowiło „przestoje” ok. 3,5 tyg. Dla III kwartałów 2024 r. występowała podobna tendencja a „przestoje” wynosiły od 2,7 tyg. do 4 tyg. Zarząd Esculap, w celu ograniczenia wzrostu czasu oczekiwania, podejmował działania mające na celu pozyskanie nowych lekarzy specjalistów i w poradni okulistycznej dla dzieci, od stycznia 2025 r., pracę rozpocznie nowy lekarz okulista.

(akta kontroli str. 7-8, 10-56, 82-170, 192-197, 211-326, 364-400, 435-467, CD 994 pliki 186-276)

**3.** Dane zawarte w raportach statystycznych przekazanych do NFZ były zgodne z dokumentacją medyczną dotyczącą udzielonych świadczeń. Badaniem objęto dwa okresy sprawozdawcze tj. miesiące o największej liczbie sprawozdanych świadczeń. Dla poradni okulistycznej dla dzieci – 153 świadczenia i poradni chirurgii ogólnej dla dzieci – 45 świadczeń za marzec 2023 r., natomiast dla poradni neurologicznej dla dzieci dotyczyło to września 2023 r., za który sprawozdano 134 świadczenia. Raporty te zawierały wszystkie elementy wymagane zgodnie z §40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2024 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej*

przetwarzania<sup>23</sup> (. Łączna wartość udzielonych świadczeń wyniosła 155,7 tys. zł., z czego 82,3 tys. zł okulistyka dla dzieci, 38,3 tys. zł neurologia dziecięca oraz 35,1 tys. zł chirurgia ogólna dla dzieci. Świadczenia te zostały w całości sfinansowane przez publicznego płatnika. Rozliczenia pomiędzy Esculap a NFZ były zgodne z raportami statystycznymi i prowadzoną dokumentacją medyczną, a kwoty fakturach wynikały z faktycznej realizacji świadczeń.

W okresie objętym kontrolą, Spółka udzielała świadczeń z zakresu okulistyki dziecięcej dla dzieci poniżej 4. roku życia, w pojedynczych przypadkach. W 2021 r. dotyczyło jednego świadczenia na rzecz jednego pacjenta (trzylatek) natomiast w 2022 r. było to siedem świadczeń na rzecz czterech pacjentów (dwulatek, trzech trzylatków). W okresie 2023 – III kwartał 2024 r. nie sprawozdano świadczeń dla dzieci poniżej 4. r.ż.). Jak wyjaśniły osoby dokonujące rejestracji pacjentów<sup>24</sup> :

- w odniesieniu do przypadków zapytań o wskazanie pierwszego wolnego terminu zapisu dla, dziecka poniżej 4 roku życia: występowały jednostkowe przypadki w tym zakresie, nie więcej niż 10 w roku;
- przyjętego schematu/ zasad postępowania w takich sytuacjach: wskazano, że opiekunowie byli informowani o długotrwałym czasie oczekiwania, ponadto przekazywano informację o możliwości uzyskania szybszych terminów pierwszorazowego przyjęcia w innych placówkach<sup>25</sup>, w przypadku zgody opiekuna, dokonywano zapisu dziecka na listę oczekujących;
- przypadków zgłoszenia się do zapisu do poradni okulistycznej dla dzieci pacjentów poniżej 4 roku życia w okresie od 2021 do listopada 2024 r.: wskazywano, iż mało jest takich przypadków, poinformowano również, że rodzice mają świadomość długiego czasu oczekiwania w Esculap i może to być powodem niewielkiej liczby zapisów dla dzieci w tym wieku, rodzice często informowali, iż sami zweryfikują czas w innych placówkach, wskazano również iż proponowane przez osobę rejestrującą były możliwości sprawdzenia innych placówek pod kątem czasu oczekiwania;
- schematu/ zasad postępowania w takich sytuacjach dla zapisów na listę oczekujących do poradni okulistycznej dla dzieci, dziecka poniżej 4 roku życia: wskazano, iż każde skierowanie podlega tym zasadom, sprawdzenie pierwszego wolnego terminu (zgodnie z kategorią pilny – stabilny), informacji dla opiekuna o planowanej dacie i zapisie na wskazany termin w przypadku wyrażenia zgody przez opiekuna, podano także iż częste są sytuacje, że opiekunowie proszą o usunięcie z list oczekujących z uwagi na znalezienie krótszego terminu w innej placówce;
- przypadków ustalania z lekarzem specjalistą decyzji o zapisie na listę oczekujących: wskazano, iż co do zasady nie ma konsultacji zapisów z lekarzem, jedynie w przypadku pacjentów w stanie nagłym to lekarz podejmuje decyzję w zakresie ewentualnego przyjęcia pacjenta;
- nie było przypadków niewyrażenia zgody na przyjęcia pacjenta poniżej 4 roku życia.

W odniesieniu do możliwości przyjmowania dzieci poniżej 4. r.ż. przez lekarzy specjalistów wykazanych do realizacji obowiązującej umowy z NFZ w zakresie okulistyki dla dzieci, lekarze specjaliści wyjaśnili, m.in. że:

---

<sup>23</sup> Dz. U. 2024, poz. 798, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

<sup>24</sup> Na podstawie protokołów przyjęcia ustnych wyjaśnień siedmiu z 12 pracowników rejestracji Esculap Sp. z o.o.

<sup>25</sup> Wskazywano z reguły przychodnie na Dąbrowszczaków, Poborzańskiej, Międzyzlesiu, Centrum Zdrowia Dziecka.

- zdarzały się pojedyncze przypadki przyjmowania pacjentów poniżej 4 r.ż. z uwagi na różne indywidualne wskazania medyczne, takie jak potrzeba kontroli czy przewlekłego leczenia. Biorąc pod uwagę specyfikę chorób i schorzeń okulistycznych w tej grupie wiekowej, pacjenci ci często wymagają skomplikowanej diagnostyki, interdyscyplinarnego podejścia, badań w znieczuleniu ogólnym lub leczenia operacyjnego. Na podstawie mojego doświadczenia i obserwacji pacjenci ci znacznie rzadziej wymagają standardowych badań okulistycznych. Nie posiadam informacji na temat prób zapisania dzieci poniżej 4 r.ż. ani problemów w tym zakresie.
- Poradnia okulistyczna zarówno dla dorosłych, jak i dzieci jest bardzo dobrze wyposażona a sprzęt w niej używany nie jest standardowym wyposażeniem gabinetów okulistycznych udzielających świadczeń w ramach AOS. Doktor wskazała, że jest lekarzem z wieloletnim doświadczeniem wobec powyższego jestem w stanie skonsultować zarówno dorosłych jak i dzieci, jednak standardowo do mnie trafiają już konkretne przypadki schorzeń czy też pacjenci, którzy wymagają przeprowadzenia badania USG. Dzieci poniżej 4 r. ż. trafiają najczęściej do moich koleżanek, które mają w tym zakresie większe doświadczenie. Jedną z nich nadal związana jest zawodowo z CZD Warszawa, gdzie na co dzień ma kontakt z tak małymi pacjentami. Wyposażenie w specjalistyczny sprzęt, jak również w mojej ocenie wykwalifikowana kadra lekarska przekłada się na chęć dostania się do naszej placówki, a co za tym idzie na wydłużenie okresu oczekiwania, tym bardziej, że w naszej najbliższej okolicy nie ma takich placówek.
- Poradnia okulistyczna w Esculap Sp. z o.o. jest poradnią spełniającą wymagania, jakie stawia Narodowy Fundusz Zdrowia jak również nie znane mi są żadne czynniki/ ograniczenia mogące utrudniać przyjęcie dzieci do 4 roku życia. Biorąc pod uwagę swoje preferencje zawodowe, jak również zebrane przez lata doświadczenie podjęłam pracę w poradni okulistycznej dla dzieci, ale z uwzględnieniem możliwości przyjmowania starszych dzieci. W naszej placówce do konsultacji małych dzieci wyznaczani byli inni lekarze specjaliści, ale oczywiście gdyby była taka konieczność skonsultowałabym oczywiście i tak małego pacjenta.
- W Przychodni Esculap w czasie mojej pracy zdarzały się przyjęcia dzieci poniżej 4 r.ż. jednakże przeprowadzenie rzetelnego badania okulistycznego u takiego pacjenta wymaga często zastosowania znieczulenia ze względu na brak współpracy ze strony dziecka (mruganie, kręcenie się, strach , płacz, krzyk) jak również stres i panika ze strony rodziców/ opiekunów. Zbadanie narządu wzroku u małego dziecka stanowi czasami pewien problem, nawet dla okulistów z dużym stażem. Pacjenci ci najczęściej nie mogą być badani w lampie szczelinowej (ani w innych przyrządach wyposażonych w podpórkę dla brody i czoła), zaś badanie dna oka za pomocą wziernika bezpośredniego jest utrudnione z powodu dużej ruchliwości dziecka i stwarza gorsze możliwości diagnostyczne niż aparaty stacjonarne. Brak możliwości przeprowadzenia rzetelnego badania i odesłanie Pacjenta do dalszych konsultacji do innej placówki skutkuje negatywną opinią rodziców o kompetencjach lekarza jak i samej Placówki Esculap. Ponadto wydłuża czas procesu diagnozowania i ewentualnego leczenia dziecka. (dla przykładu diagnostyka w warunkach oddziałów szpitalnych często umożliwia konsultację zarówno neonatologiczną, okulistyczną, neurologiczną). W związku z tym zasadnym jest polecenie, zaproponowanie rodzicom, dla dobra dziecka placówki, która może przeprowadzić szczegółowe badania w celu identyfikacji problemu zdrowotnego, a jednocześnie daje to możliwość przyjęcia większej liczby starszych dzieci

i ograniczenia czasu ich oczekiwania. Przejmowanie dzieci do 4rz w sytuacji kiedy dziecko nie współpracuje powoduje zajęcie miejsca i w ostateczności wystawienie kolejnego skierowania do placówki, która ma możliwość pogłębionej diagnostyki. Ponadto doktor wyjaśniła, że nie przypomina sobie sytuacja aby rejestracja lub rodzice kierowali zapytania na temat przyjęcia pacjenta poniżej 4. r.ż.

(akta kontroli str. (akta kontroli str. 327-356, 408-434, CD 994 pliki 277-620)

4. W okresie objętym kontrolą Spółka prowadziła dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Od 2023 r. nastąpiła zamiana wykorzystywanego dotychczas systemu, co wiązało się z migracją danych pomiędzy systemami. wykorzystując, od roku 2023. Dokumentacja papierowa, z którą zgłasza się pacjent w tym m.in. wypisy ze szpitala, wyniki badań diagnostycznych oraz oświadczenia wypełniane przez pacjenta (m.in. upoważnienie do dostępu do informacji o stanie zdrowia, upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej) były załączane w systemie do karty historii zdrowia i choroby pacjenta w formie skanu dokumentu.

Analiza 60 indywidualnych wewnętrznych dokumentacji medycznych wykazała, że zawierały one dane pacjenta w zakresie nazwiska, imienia, numeru PESEL, oznaczenia płci, daty urodzenia i miejsce zamieszkania, co wypełniało postanowienia art. 25 ust. 1 pkt 1 litera f ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>26</sup>. W części badanej dokumentacji stwierdzono brak wyczerpującego opisu wywiadu jak również w przypadku osoby małoletniej nazwiska, imienia (imion) przedstawiciela ustawowego oraz adresu jego miejsca zamieszkania, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Wpisy w dokumentacji elektronicznej dokonywane były niezwłocznie po udzielaniu świadczenia. Zawierały one informacje o wykonanych procedurach medycznych, zaleceniach, wydanych receptach. Wprowadzane wpisy w dokumentacji medycznej identyfikowane były na podstawie przyporządkowanego unikalnego loginu ze wskazaniem imienia, nazwiska oraz daty i godziny wprowadzenia. System rejestrował wszelkie wprowadzane zmiany w dokumentacji medycznej z oznaczeniem imienia i nazwiska osoby, która ich dokonała oraz daty i godziny. Wydruk historii zdrowia i choroby był numerowany oraz stanowił chronologicznie uporządkowaną całość, posiadał również oznaczenie pacjenta. Powyższe było zgodne z §4 ust. 1 oraz §6 ust. 1 i 2 oraz §10 pkt. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W ramach procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania opracowano i wdrożono *Politykę ochrony danych osobowych* (dalej: *Polityka bezpieczeństwa*), która określała m.in. zadania Administratora Danych w zakresie wydawania i prowadzenia wykazu wydanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych pracownikom Esculap. Wprowadzona, we wrześniu 2023 r., zaktualizowana Polityka ochrony danych osobowych dokonała zmiany załącznika nr 3 wzoru upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, który nie był faktycznie stosowy, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Każdy użytkownik systemu HIS posiadał unikalny identyfikator dostępu do systemu informatycznego, a uprawnienia wynikały z zajmowanego stanowiska pracy. Dokonywano okresowego przeglądu ustanowionych użytkowników systemu zgodnie z §12 ust. 8 *Polityki bezpieczeństwa*. Przeglądy były prowadzone na wybranej próbie nie obejmującej wszystkich użytkowników systemu, ponadto w przypadku osób, które przestały świadczyć pracę na rzecz Esculap nie były

<sup>26</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 581, dalej: *upp*.

odbierane uprawnienia do systemu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dodatkowo w zakresie pozostałego personelu, z którym rozwiązano stosunek pracy w latach 2021-III kw. 2024 opóźnienia dotyczące dezaktywacji konta w systemie informatycznym wynosiły do 838 dni, przy czym w 20 na 27 przypadków, odebranie uprawnień nastąpiło ponad 90 dni od zakończenia stosunku pracy.

Spółka zapewniła aktualizację oprogramowania, co spełniło wymagania §1 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji oraz określiła zasady wykonywania kopii bezpieczeństwa danych zawartych w systemach informatycznych. Szczegóły procesu wykonywania kopii bezpieczeństwa zostały zawarte w *Procedurze kopii bezpieczeństwa w przychodni Esculap*. Określono w niej m.in. harmonogram tworzenia kopii, miejsca przechowywania oraz zasady weryfikacji i testowego przywracania danych.

Spółka zapewniła bezpieczeństwo dostępu do pomieszczeń, gdzie była przechowywana dokumentacja medyczna, za pomocą kart magnetycznych poprzez system Elektronicznej Kontroli Dostępu. Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana była w składnicy akt, natomiast bieżąca dokumentacja w formie papierowej przechowywana była w rejestracjach przychodni zlokalizowanych na pierwszym i drugim piętrze budynku. Obejmowała ona m.in. oświadczenia składane przez pacjenta, wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wyników badań diagnostycznych i pozostałej dokumentacji medycznej dostarczanej przez pacjenta osobiście. Ponadto w Gabinetzie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się książki przyjęć pacjentów oraz wyniki badań diagnostycznych do odbioru przez pacjenta. Dokumentacja ta przechowywana była w szafach, komodach, z których część nie posiadała zamka, oraz na regałach otwartych co było niezgodne z wewnętrznymi uregulowaniami w zakresie zabezpieczania dokumentacji medycznej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Spółka, zgodnie z §5 pkt. 6 lit. 1 *Polityki bezpieczeństwa*, dokonywała regularnego przeprowadzania analiz szacowania ryzyka dla czynności przetwarzania danych lub ich kategorii.

(akta kontroli str. 401-407, 473-821, 861-885, 915-933, CD 994 plik 1)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Spółka nie zamieściła informacji dotyczących imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej a także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń w AOS oraz godzin i miejsca ich udzielania, co stanowiło naruszenie §11 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia OWU zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązanych do ich zamieszczenia.

Zarząd wyjaśnił, że braki w tym zakresie wynikały z *awarii* tzw. systemu kolejkowego który dotychczas pełnił również funkcję tablicy informacyjnej. Prezes wskazał również, że trwają prace serwisowe celem naprawy systemu lub zakupu standardowych tablic.

(akta kontroli str. 178-185, 349-354, CD 994 pliki 3-174 )

2. 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: lampy szczelinowej o nr seryjnym 99B0023 z datą produkcji 1999 r., oftalmoskopu

o numerze A-1/2000 z datą produkcji 2000 r., perymetru o numerze M933056 z datą produkcji 1999 r., tonometru aplanacyjnego o numerze 28401 z datą produkcji 1999 r. oraz tonometru impresyjnego o numerze 111001 z datą produkcji 2003 r. Prezes NFZ w drodze zarządzeń<sup>27</sup>, określił warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w tym wzór umowy zawierający zakres szczegółowych danych o aparaturze medycznej (załącznik nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”) obejmujących datę produkcji i numer seryjny. Powyższe wskazuje na nierzetelne przygotowanie wykazu sprzętu ujętego w umowie z NFZ, którego nie zmieniono w całym okresie objętym kontrolą.

Jak wyjaśnił Zarząd, powyższe wynikało z przeoczenia pracownika, które nastąpiło 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. Zarząd wskazał również, że *różnica pomiędzy stanem rzeczywistym a wykazanym nie miała negatywnego wpływu na jakość i dostępność świadczonych przez Esculap usług (...).*

NIK zwraca uwagę, że dla zachowania rzetelności dokumentacji i zgodności stanu faktycznego z zapisami umowy niezbędna jest systematyczna i rzetelna aktualizacja danych w tym zakresie przekazywanych do NFZ.

(akta kontroli str. 449-460, CD 994 pliki 3-174, 199-259)

3. Jednostka nie udzielała świadczeń w terminach i godzinach określonych w umowie z NFZ. Dotyczyło to wszystkich trzech poradni dla dzieci objętych badaniem.

Personel udzielający świadczeń oraz dni i godziny udzielania świadczeń określa załącznik nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ. W trakcie kontroli ustalono:

W przypadku poradni neurologicznej dla dzieci za styczeń 2023 r. oraz styczeń 2024 r. stwierdzono niezgodność w zakresie dni i godzin udzielania świadczeń przez wykazanego specjalistę neurologii dziecięcej. Zgodnie z wykazem z Załącznika nr 2 oraz wskazanym w SZOI w styczniu 2023 r. dostępność specjalisty została wskazana od 1 stycznia do 15 stycznia: w poniedziałki od godz. 16 do 20, środy od 8 do 14 oraz czwartki od 17:30 do 21:30; od 16 stycznia do 22 stycznia dodatkowo wskazano piątek od 8 do 13, od 23 stycznia do końca stycznia wskazane godziny były takie same jak dla okresu 1 – 15 stycznia 2023 r. W wyniku weryfikacji harmonogramów przyjęć za styczeń 2023 r. oraz weryfikacji wpisów dokonywanych w systemie informatycznym w zakładce *Terminarz dla danej osoby z personelu medycznego* stwierdzono, że brak było przyjęć/wpisów dla neurologa dziecięcego w zakresie wszystkich poniedziałków, śród 4 i 25 stycznia oraz czwartków 5 i 26 stycznia 2023 r. W odniesieniu do stycznia 2024 r. godziny pracy zgłoszone do NFZ wg załącznika Harmonogram zasoby zostały wykazane identycznie jak dla stycznia 2023 r. natomiast stwierdzono braki wpisów/przyjęć we wszystkie poniedziałki, środę 3 stycznia oraz czwartek 4 stycznia 2024 r.

W przypadku Poradni chirurgii ogólnej dla dzieci za styczeń 2023 r. oraz styczeń 2024 r. stwierdzono niezgodność w zakresie dni i godzin

<sup>27</sup> Zarządzenia w obowiązującej wersji są publikowane na stronie <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/tabBrowser/mainPage>, 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.

wskazanych jako terminy udzielania świadczeń przez wykazanego specjalistę chirurgii dziecięcej. Zgodnie z wykazem z Załącznika nr 2 oraz wskazanym w SZOI w styczniu 2023 r. jak i styczniu 2024r. lekarz powinien udzielać świadczeń w poniedziałki od godz. 8 do 12, wtorki od 9 do 15 oraz środy od 14 do 20. W wyniku weryfikacji harmonogramów przyjęć za styczeń 2023 r. oraz weryfikacji wpisów dokonywanych w systemie informatycznym w zakładce *Terminarz dla danej osoby z personelu medycznego* stwierdzono, że brak było przyjęć/wpisów dla chirurga dziecięcego w zakresie wszystkich wtorków, poniedziałku 2 stycznia oraz środy 4 stycznia 2023 r. W odniesieniu do stycznia 2024 r. stwierdzono braki wpisów/przyjęć we wszystkie wtorki.

W odniesieniu do poradni okulistycznej dla dzieci stwierdzono, że nie udzielano świadczeń zgodnie z zakresem zgłoszonym do NFZ ujętym w załącznik nr 2 *Harmonogram-Zasoby*, gdzie wskazano m.in. w pkt. II *Dostępność miejsca udzielania świadczeń dni i godzin pracy poradni*. Dotyczyło to, w styczniu 2023 r., braku udzielania świadczeń w:

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

W 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;
- wtorki w godz. 15:00 – 16:00 w przypadku: 9, 16 i 30 stycznia;
- środy w godz. 12:00 – 13:00 oraz 16:00 – 20:00 w przypadku 3 stycznia;
- czwartki w godz. 16:00 – 20:00 i dotyczy to 4 i 25 stycznia;
- piątki w godz. 14:00 – 15:00 w dniu 5 stycznia.

Zarząd wyjaśnił m.in., że z uwagi na natłok spraw i obowiązków mogły zdarzyć się przypadki uchybień w zakresie zgłoszenia stosownych zmian do systemu SZOI. Ponadto wskazano, że początek 2023 r. był okresem wdrożeniowym nowego oprogramowania i związanymi z tym szkoleniami personelu jak również absencją chorobową personelu trudną do przewidzenia. Dodatkowo Zarząd wskazał, że w odniesieniu do dwóch lekarzy okulistów, którzy ze względu na specyfikę udzielanych konsultacji (badania USG przypadki onkologiczne, zabiegi fotokoagulacji) przyjmują pacjentów wymagających tego typu świadczeń i w przypadku niezgłaszania się takich pacjentów nie wypełniano ich harmonogramu pracy.

W ocenie NIK, dostępność do świadczeń w poradniach AOS dla dzieci powinna być zapewniona w całym okresie obowiązywania umowy z NFZ, zgodnie z jej postanowieniami, a ewentualne zgłoszenia nieobecności czy problemy organizacyjno-techniczne nie powinny wpływać na przerwy w świadczeniu usług. Wszelkie zmiany dotyczące godzin czasu pracy lekarzy w tym ewentualne absencje powinny być dokonywane niezwłocznie celem zachowania zgodności faktycznych godzin pracy poradni z danymi ujętymi w harmonogramie. Brak dochowania wymogu w powyższym zakresie, w ocenie NIK, świadczy o nierzetelności zgłaszanych do NFZ informacji dotyczących aktualizacji harmonogramów dostępności personelu.

4. Wykaz personelu udzielającego świadczeń za 2023 r. był prowadzony nieprawidłowo, gdyż dla poradni okulistycznej dla dzieci w załączniku nr 2 Harmonogram zasoby za 2023 r. wskazano lekarza specjalistę Agnieszkę Cz. oraz podano dostępność tej osoby we środy od godz. 16 do 20 oraz czwartki od 16 do 20. Wg danych przedstawionych w toku kontroli, w styczniu 2023 r. osoba taka nie udzielała świadczeń na rzecz pacjentów oraz nie została wykazana jako personel medyczny udzielający świadczeń w Esculap, harmonogram przyjęć za styczeń 2023 r. nie wykazywał przyjęć/wpisów dotyczących tej osoby.

Jak wyjaśnił Zarząd przyczyną wykazywania ww. osoby w zasobach personelu poradni było ewidentne przeoczenie pracownika. Zostało to skorygowane w 2024 r.

(akta kontroli str. 211-230, 861-866, CD 994 pliki 199-295)

5. Zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 1 oraz art. 20 ust. 2 pkt 3 lit h uoś świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem. W harmonogramie przyjęć za I kwartał 2023 r. dla poradni okulistycznej dla dzieci oraz chirurgii ogólnej dla dzieci stwierdzono po jednym przypadku braku wpisu numeru telefonu.

Jak wyjaśnił Prezes wynikało to z pomyłki osoby rejestrującej, która nie dokonała uzupełnienia w systemie.

Ponadto zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 1 oraz art. 20 ust. 2 pkt 3 lit f ww. ustawy uoś świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, rozpoznanie lub powód przyjęcia. Harmonogram przyjęć za I kwartał 2023 r. dla każdej z poradni dla dzieci nie zawierał informacji o rozpoznaniu czy powodzie przyjęcia w odniesieniu do przyjęć pacjentów oznaczanych jako „przyjęty w stanie nagłym”. System HIS pozwalał na wpisanie w zakładce „komentarz” informacji o powodzie przyjęcia. Dla poradni chirurgii ogólnej dla dzieci dotyczyło to czterech przypadków, tj. wszystkich wpisów dla tej kategorii w zakresie braku rozpoznania lub powodu przyjęcia, dla poradni neurologicznej dla dzieci dotyczyło to 5 przypadków (z 22), natomiast dla poradni okulistycznej dotyczyło to 13 wpisów (z 24).

Jak wyjaśnił Zarząd ww. braki we wpisach wynikały z pomyłek pracowników rejestracji i braku wypełnienia informacji w tym zakresie.

(akta kontroli str. 211-326, 441-461, CD 994 pliki 260-276)

6. Na podstawie badania dokumentacji 60 pacjentów pierwszorazowych wpisanych do harmonogramu przyjęć za I kwartał 2023 r. stwierdzono nierzetelne ich prowadzenie, gdyż wystąpiły przypadki błędnego wskazywania powodu <sup>28</sup> zmiany terminu udzielenia świadczenia, co naruszało postanowienia §8 ust. 1 pkt 6 lit. c, ust. 2 pkt. 5 lit. d. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresie niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do

<sup>28</sup> Zgodnie z możliwościami systemu informatycznego przygotowana jest rozwijalna lista – słownik powodów zmiany terminu/powodów skreśleń z harmonogramu.

finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>29</sup>. Dotyczyło to wskazania „aktualizacja terminu w wyniku rezygnacji innych pacjentów” dla przypadków, dla których w rzeczywistości wyznaczano późniejszy termin zgodnie z wnioskiem pacjenta, czemu powinno odpowiadać wskazanie „na wniosek osoby wpisanej w harmonogram przyjęć”. Dotyczyło to ośmiu przypadków, po cztery dla poradni okulistycznej dla dzieci i chirurgii ogólnej dla dzieci. Dodatkowo dla dwóch przypadków w poradni neurologicznej dla dzieci stwierdzono błędne wskazanie powodu zmian terminu „aktualizacji terminu w wyniku rezygnacji innych pacjentów”, dotyczyło to pacjentów przyjętych w trybie nagłym z uwagi na stan zdrowia. Nie dokonano oznaczenia kategorii przyczyny zmiany „względy medyczne”, zgodnie z możliwością określoną w zakładce/liście wyboru przyczyny ujętej w systemie.

Ponadto stwierdzono, iż w dwóch przypadkach wskazano błędnie kategorię świadczeniodawcy tj. wykazano pacjenta pierwszorazowego; a wizyta była zaplanowana w harmonogramie dla pacjenta już kontynuującego leczenie i właściwą kategorią powinna być „kontynuujący leczenie”. Dotyczyło to jednego przypadku w poradni neurologicznej dla dzieci i chirurgii ogólnej dla dzieci.

Jak wyjaśnił Zarząd Esculap powyższe wynikało z pomyłek *personelu rejestrującego, które mogły być wynikiem bardzo dużej ilości zadań, mnogości pacjentów i pracy w stresie (wynikającym z ciągłej gotowości udzielania szczegółowych informacji, sytuacji nieoczekiwanych i nagłych)*. Wskazano również, iż kierownik rejestracji z uwagi na szeroki zakres obowiązków i organizację czasu pracy nie jest w stanie nadzorować i kontrolować na bieżąco wszystkich dokonywanych wpisów.

(akta kontroli str. 211-326, 364-393, 441-461, CD 994 pliki 1, 260-276)

7. Zgodnie z §4 i 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji dokumentacja medyczna jest prowadzona na bieżąco z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych oraz zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego. W odniesieniu do przypadków przyjęć pacjentów oznaczanych w harmonogramie przyjęć za I kwartał 2023r. jako „przyjęty w trybie nagłym” w części przypadków w dokumentacji medycznej w karcie zdrowia i historii choroby nie było żadnego wpisu uzasadniającego przyjęcie pacjenta w trybie nagłym w dniu zgłoszenia z pominięciem osób oczekujących zarówno pacjentów pierwszorazowych jak i kontynuujących leczenie, którym datę wizyty ustalano wcześniej i wpisywano w harmonogram na dany dzień. Powyższe dotyczyło 19 przypadków przyjęć (na 24) w poradni okulistycznej dla dzieci.

Jak wyjaśnił Zarząd *braki w dokumentacji medycznej w poradni okulistycznej dotyczące szczegółowych informacji wskazujących na przyjęcie w trybie nagłym wynikały z pomyłki lekarza w zakresie rzetelności w opisie i uzasadnieniu. Każdorazowy przypadek, jednakże został przez lekarza potwierdzony, że był zasadny, niezbędny i nie mogący czekać ze względu na możliwość pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.*

NIK przyjmuje wyjaśnienia Zarządu, jednak w ocenie NIK brak pełnej informacji w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów świadczą o nierzetelności w jej prowadzeniu.

(akta kontroli str. 211-369, 449-460, CD 994 pliki 1, 260-276)

---

<sup>29</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 610.

8. W badanych historiach zdrowia i choroby<sup>30</sup> stwierdzono, że:
- w 47 brak było wskazania w systemie informatycznym informacji o przedstawicielu ustawowym;
  - w 25 brak było skanu oświadczenia przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego;
  - w 47 brak było, w przypadku osoby małoletniej, adresu przedstawiciela ustawowego,

co świadczyło o nierzetelnym wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 25 ust. 1 pkt 1 litera f *upp*.

W zakresie braku adresu przedstawiciela ustawowego Zarząd wyjaśnił, że *dane przedstawiciela ustawowego w systemie widnieją w różnych zakładkach/kartach systemu informatycznego. Zarząd przyjął, iż skan oświadczenia lub złożone deklaracje wyboru lekarza POZ zawierające przedmiotowe dane są wystarczające a ewentualne braki mogły wynikać z faktu, że rodzic podczas zapisu dziecka deklarował ten sam adres, pod którym zamieszkuje pacjent małoletni.* Wskazano również, że obowiązujące oświadczenie podzielone jest na sekcje i przyjęto, iż adres wskazany w części pierwszej oświadczenia jest wiążącą informacją. Zarząd wskazał jednocześnie, że w związku ze stwierdzoną nieprawidłowością *dołoży wszelkich starań by dane te były rzetelnie uzupełniane, jak również po raz kolejny przeszkoli w tym zakresie personel rejestracji.*

Ponadto stwierdzono, że w 24 przypadkach w opisie wywiadu wykazanym w historiach zdrowia i choroby dla wizyt, brak było pełnej informacji uzasadniających przyjęcie pacjenta na podstawie skierowania w trybie pilnym (CITO), co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym biorąc pod uwagę zakres informacji wymaganych §38 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji.*

W powyższym zakresie Zarząd wyjaśnił, że dokumentacja medyczna zawiera podstawowe dane, tryb przyjęcia określony jest w skierowaniu a *ewentualne braki dot. dokumentacji medycznej mogą wynikać z faktu, iż (...) skierowania od lekarza POZ najczęściej nie zawierają wyczerpującego wpisu, tj. konkretnego rozpoznania, celu skierowania, czy też opisu jak również nie są poprzedzone żadnymi badaniami wstępnymi.* Ponadto Zarząd wskazał, że okresowo dokonuje kontroli poprawności wpisów w dokumentacji medycznej może jedynie wskazywać braki jednak nie może dokonywać zmian w prowadzonej przez lekarza dokumentacji medycznej.

Celem dochowania należytej staranności i rzetelności prowadzonej dokumentacji w ocenie NIK zasadnym jest zamieszczanie w niej wszystkich wymaganych informacji, przy wykorzystaniu możliwości użytkowanego systemu informatycznego.

NIK zauważa, że do obowiązków lekarza należy m.in. prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (art. 41 ust. 1 ustawy 5 grudnia 1996 r. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>31</sup> w sposób określony przepisami *upp* i rozporządzenia *w sprawie dokumentacji.* Przepisy te określają, że historia zdrowia i choroby w części ogólnej zawiera<sup>32</sup> dane z wywiadu lekarskiego w szczególności m.in. o przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach

<sup>30</sup> Badaniem objęto 60 historii zdrowia i choroby, po 20 z każdej poradni AOS dla dzieci.

<sup>31</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.

<sup>32</sup> Zgodnie z §38 ust. 4 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji.*

i obciążeniach medycznych. Część ta powinna być wypełniana podczas zakładania karty zdrowia, w trakcie pierwszej wizyty pacjenta w poradni i aktualizowana przynajmniej raz do roku lub częściej, jeśli istnieją do tego wskazania (np. rozpoznanie choroby przewlekłej czy wykonania zabiegu operacyjnego). Ma to znaczenie, jeśli z dokumentacji medycznej korzysta więcej niż jeden lekarz – pozwala to na szybkie zorientowanie się w głównych problemach zdrowotnych pacjenta, a także zredukować ryzyko nierozpoznania początkowo asymptomatycznych stanów chorobowych, jak również w przyszłości będzie możliwa ocena progresji choroby lub efektów leczenia, porównując aktualny stan pacjenta z wynikiem pierwszego badania<sup>33</sup>

(akta kontroli str. 915-927, CD 994 plik 1)

9. Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, wydane osobom związanym z udzielaniem świadczeń w AOS dla dzieci oraz kierownictwa Esculap<sup>34</sup>, były niezgodne z wzorem określonym w *Polityce bezpieczeństwa* wprowadzonej od 5 września 2023 r.

Zarząd wyjaśnił, że *Polityka bezpieczeństwa* jest dokumentem, który dotyka szerokiego zakresu działania placówki a część załączników do niej została wdrożona bezzwłocznie. Jednocześnie wskazał, że Zarząd Spółki podjął decyzję o pozostawieniu dotychczas funkcjonujących upoważnień oraz zaznaczył, że są one *według wszelkich wymagań prawnych obowiązujące i zawierają podobną treść*.

W ocenie NIK przyjęte przez Zarząd rozwiązanie stoi w sprzeczności z obowiązującą w Esculap *Polityką bezpieczeństwa*, ponieważ przyjęte zapisy nakładają na Spółkę obowiązek stosowania jej w pełnym zakresie.

(akta kontroli str. 473-493, 861-885)

10. W przypadku jednego użytkownika systemu informatycznego dostęp do systemu HIS został odebrany po 657 dniach od zakończenia stosunku pracy, co było niezgodne z §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.

Zarząd wyjaśnił, że w wyniku zmiany systemu informatycznego w 2023 r. dokonano migracji danych medycznych pacjentów przychodni jak również kont użytkowników działających w poprzednim systemie. W zakresie prac związanych z migracją wszystkich danych firma która dokonywała wdrożenia nowego systemu najprawdopodobniej przez niedopatrzenie dokonała przeniesienia kont wszystkich użytkowników w tym kont zablokowanych w poprzednim systemie. Prezes wskazał także, że przypadki opóźnionego odebrania uprawnień będą analizowane. Podkreślił także, iż aby mieć dostęp do danych, w szczególności danych medycznych, konieczny jest dostęp do wewnętrznej sieci Esculap.

Zdaniem NIK wskazane przez Zarząd wyjaśnienia dotyczące przyczyn nieprawidłowości nie mogą uzasadniać braku działań dotyczących

<sup>33</sup> Dokumentacja medyczna. Tomasz Banaś i inni. Red. Piotr Pochopień. Wolters Kluwer. Polska, 2012 r.

<sup>34</sup> Dotyczyło to: 11 osób personelu medycznego (ośmiu lekarzy, dwóch pielęgniarek oraz jednej ortooptystki), pięciu rejestratorek oraz trzech osób z kierownictwa Esculap.

bezpieczeństwa informatycznego Spółki. Biorąc pod uwagę umożliwianie dostępu zdalnego do sieci wewnętrznej Esculap, w ocenie NIK, odbieranie takich uprawnień powinno następować bez zbędnej zwłoki.

(akta kontroli str. 583-589, 698-700, 711-716, 784-789, 861-866)

11. 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 *Polityki bezpieczeństwa*<sup>35</sup>, który wskazuje, że dokumentacja przechowywana jest w szafkach zamykanych na klucz w wyznaczonym do tego celu miejscu a dostęp do kluczy posiadają tylko upoważnione osoby.

Zarząd wyjaśnił, że obecnie Esculap Sp. z o.o. jest w trakcie reorganizacji pomieszczeń rejestracyjnych, w tym montaż zamków, jak również digitalizacji i archiwizacji posiadanej dokumentacji papierowej. W zakresie dokumentacji w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym Spółka podjęła decyzję o przejściu wyłącznie na dokumentację w formie elektronicznej oraz o przekazaniu obecnie prowadzonej dokumentacji do składnicy akt. Prezes podkreślił, że dostęp do pomieszczeń zabezpieczony jest elektroniczną kontrolą dostępu, jak również monitoringiem wizyjnym, które mają na celu zabezpieczenie pomieszczeń przed dostępem osób niepowołanych.

NIK przyjmuje wyjaśnienia Zarządu w zakresie stosowanych rozwiązań technicznych zabezpieczających pomieszczenia przed dostępem osób nieuprawnionych. Przyjęta *Polityka bezpieczeństwa*, w ocenie NIK, nakłada obowiązek jej stosowania w pełnym zakresie, w tym także zabezpieczenia dokumentacji papierowej poprzez przechowywanie jej w szafkach zamykanych na klucz.

(akta kontroli str. 473-702, 928-930, CD 994 pliki 3-174)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Kwalifikacje lekarzy udzielających świadczeń były zgodne z obowiązującymi przepisami. Spółka prawidłowo ustalała kolejność przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Prowadzony w podmiocie harmonogram przyjęć zawierał nieprawidłowości polegające na braku niektórych wymaganych danych, bądź podaniu błędnej przyczyny zmiany terminu udzielenia świadczenia pacjenta w harmonogramie; nie mających jednakże wpływu na kolejność przyjęć pacjentów. Pomimo, że dokumentację medyczną prowadzono w formie elektronicznej, nie uniknięto pojedynczych przypadków nieprawidłowości w zakresie jej prowadzenia, a w przypadku dokumentacji papierowej jej przechowywanie nie zapewniało należytego bezpieczeństwa.. Ponadto wystawianie upoważnień do przetwarzania danych osobowych oraz odbieranie dostępu do systemu informatycznego po ustaniu stosunku pracy odbywało się niezgodnie z przyjętymi w tym zakresie uregulowaniami. Świadczenia zdrowotne w zakresie AOS dla dzieci wykazane w raportach statystycznych do NFZ, wynikały z wpisów w dokumentacji medycznej.

<sup>35</sup> Wymóg opisany w sekcji *Ogólny opis technicznych i organizacyjnych środków bezpieczeństwa, o których mowa w art. 32 ust. 1 RODO.*

**OBSZAR**

Opis stanu faktycznego

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

Osoby udzielające w Spółce świadczeń zdrowotnych miały stały dostęp do danych medycznych o pacjentach znajdujących się w systemie informatycznym. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów w systemie informatycznym umożliwiało dostęp upoważnionych pracowników, w tym lekarzy, do pełnej dokumentacji medycznej pacjentów. W okresie objętym kontrolą nie funkcjonowały rozwiązania organizacyjne w zakresie wymiany danych medycznych z innymi podmiotami leczniczymi, z których byli kierowani pacjenci do Esculap. Prezes wyjaśnił, że stosowane oprogramowanie pozwala obecnie na raportowanie do systemu e-Zdrowia P1 danych medycznych, co umożliwia pobranie dokumentacji medycznej pacjenta w innych placówkach medycznych. Ponadto Prezes poinformował, że obecnie testowane jest działanie dodatkowego modułu umożliwiającego wymianę danych pomiędzy placówkami. Istnieją jednak problemy dotyczące ich wymiany, co wynika ze stopnia informatyzacji innych placówek.

Na podstawie dokumentacji medycznych 20 pacjentów korzystających ze świadczeń AOS w poradni okulistycznej<sup>36</sup>, które w 2023 r. ukończyły 18 lat, a wcześniej byli objęci opieką lekarza specjalisty w poradni okulistycznej dla dzieci stwierdzono, że:

- w przypadku 13 pacjentów tj. 65% badanej próby, lekarz udzielający świadczeń w ramach AOS dla dzieci nie przekazywał lekarzowi kierującemu informacji dotyczących konsultowanego pacjenta, co naruszało postanowienia §12 ust. 4 rozporządzenia OWU, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszyscy pacjenci będący do ukończenia 18 roku życia pod opieką poradni okulistycznej dla dzieci kontynuowali leczenie w Esculap w ramach działającej w ramach kontraktu z NFZ poradni okulistycznej;
- w przypadku 19<sup>37</sup> pacjentów, którzy zostali skierowani do AOS dla dzieci przez lekarza POZ nie zostały dołączone wraz ze skierowaniem badania diagnostyczne.

Zarząd w kwestii pacjentów skierowanych przez lekarzy udzielających świadczeń w Esculap wyjaśnił, że brak załączenia badań mógł być wynikiem przeoczenia. Wskazał jednak, że załączenie badań nie ma znaczenia, gdyż specjalista udzielający świadczeń w AOS poradni ma dostęp do pełnej dokumentacji medycznej zgromadzonej w prowadzonym systemie w tym wszelkich wykonanych badań diagnostycznych. Zarząd zauważył również, że nie są mu znane powody nieprzekazywania, przez lekarzy kierujących pacjentów do AOS w Esculap z innych placówek, informacji na temat wykonanych badań diagnostycznych.

(akta kontroli str. 468-472, 349-363, CD 994 plik 621)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

<sup>36</sup> Pacjenci, którym udzielono świadczeń w ramach co najmniej trzech wizyt w poradni dziecięcej i wymagały pozostawania pod dalszą opieką specjalisty.

<sup>37</sup> W jednym przypadku pacjent został skierowany przez specjalistę diabetologa z innej placówki celem przeprowadzenia konsultacji okulistycznej.

1. 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 i 5 rozporządzenia *OWU*.

Zarząd wyjaśnił, że lekarze nie przekazali stosownej informacji z uwagi na przeoczenie lub przekazując taką informację formie papierowej nie odnotowywali tego faktu w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 468-472, 349-363, CD 994 plik 621)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Esculap zapewnił opiekę w ramach udzielanych świadczeń poradni okulistycznej pacjentom, którzy wcześniej byli pod opieką poradni okulistycznej dla dzieci. Spółka posiadała możliwości techniczne i organizacyjne umożliwiające przekazywanie informacji do POZ, zarówno w ramach własnej poradni (przy wykorzystaniu użytkowanego systemu HIS), jak i podmiotom zewnętrznym. Jednakże w przypadku pacjentów kierowanych z innych POZ informacje takie nie były przekazywane lekarzom kierującym pomimo, iż pacjenci byli objęci leczeniem specjalistycznym od sześciu do 57 miesięcy. Działanie takie było niezgodne z §12 ust. 4 i 5 rozporządzenia *OWU*.

#### **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 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Zapewnienie pacjentom dostępu do wszystkich informacji określonych w rozporządzeniu <i>OWU</i>.</li><li>2. Zaktualizowanie wymaganych danych w zakresie zasobów (sprzęt i personel), wykazywanych w załączniku Nr 2 Harmonogram-Zasoby do umowy NFZ.</li><li>3. Podjęcie skutecznych działań zapewniających prowadzenie harmonogramów zapisów oraz przyjęć w sposób rzetelny, w oparciu o posiadane rozwiązania informatyczne.</li><li>4. Podjęcie skutecznych działań zapewniających 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.</li><li>5. Podjęcie skutecznych działań zapewniających prowadzenie historii zdrowia i choroby w systemie elektronicznym w sposób rzetelny.</li><li>6. Podjęcie działań w celu pełnego wykorzystania przez personel możliwości posiadanego oprogramowania w zakresie wprowadzanych i gromadzonych w nim informacji.</li></ol> |

7. Podjęcie działań w celu zapewnienia zgodności posiadanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych z obowiązującą *Polityką bezpieczeństwa*.
8. Odbieranie uprawnień dostępu do systemu zgodnie z obowiązującą *Polityką bezpieczeństwa* użytkowników systemu oraz przeprowadzanie okresowego przeglądu kont użytkowników w pełnym zakresie.

## 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 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, 19 grudnia 2024 r.

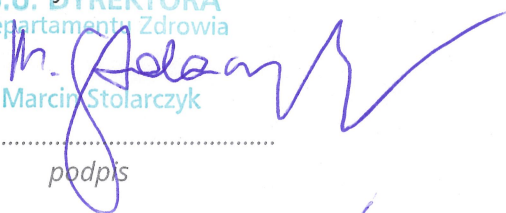
Kontrolerzy

Tomasz Marcin Grudziński  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

  
.....  
podpis

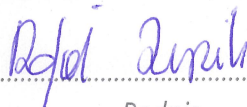
Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia

Dyrektor  
p.o. DYREKTORA  
Departamentu Zdrowia  
Marcin Stolarczyk

  
.....  
podpis

Rafał Zyzik

Specjalista kontroli państwowej

  
.....  
Podpis

Marcin Czyżewski

Specjalista kontroli państwowej

  
.....  
podpis

