



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.411.2.2.2024

Pan
Paweł Chęciński
Dyrektor
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa Praga-Północ ul. Jagiellońska 34
03-719 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

R/24/001/KZD - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ, ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Chęciński, Dyrektor, od 2 sierpnia 2021 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Jolanta Skoczyńska, Zastępca Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych, Główny Księgowy, od 26 lutego 2021 r. do 1 sierpnia 2021 r., Alina Chrahoł-Sura, Dyrektor, od 18 sierpnia 1998 r. do 25 lutego 2021 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań NFZ 2. Współpraca AOS i POZ w obszarze udzielania świadczeń
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2021 r. do 19 lipca 2024 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Izabela Podeszfińska, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/25/2024 z 10 maja 2024 r. 2. Justyna Justyńska, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/26/2024 z 10 maja 2024 r. 3. Rafał Zyzik, Specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/27/2024 z 10 maja 2024 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: Zespół.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja i sposób realizacji świadczeń były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia⁴. Zespół spełnił warunki realizacji świadczeń dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt. System informatyczny pozwalał osobom udzielającym w Zespole świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Rzetelnie też rozliczano z publicznym płatnikiem wykonane świadczenia.

NIK zwraca uwagę, że w 20% przypadków⁵ harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń, prowadzono z naruszeniem przepisów prawa, w tym m.in. udzielono świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących, błędnie wpisano kategorię świadczeniobiorcy lub nie wpisano przyczyn zmian terminu udzielenia świadczenia. Dokumentację medyczną prowadzono w postaci papierowej pomimo posiadania systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie jej w postaci elektronicznej. NIK wskazuje, że prowadzenie dokumentacji w postaci papierowej zwiększa ryzyko popełnienia błędów w jej prowadzeniu, w tym takich, jakie zostały stwierdzone w trakcie kontroli, tj. m.in. nieprawidłowe oznaczenie osoby udzielającej świadczeń, dokonującej wpisu bądź jego zmiany, brak danych pacjenta na kolejnych stronach dokumentacji medycznej, niezachowanie porządku chronologicznego wpisów.

NIK negatywnie ocenia fakt, że lekarze na ogół nie przekazywali, bądź przekazywali nieterminowo, informacje dla lekarzy kierujących pacjentów do poradni specjalistycznej. NIK wskazuje, że 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 częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2021-2024 (I kwartał) Zespół realizował świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie m.in. podstawowej opieki zdrowotnej⁷ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia te, w tym świadczenia AOS dla dzieci, realizowane były m.in. w Przychodni Rodzinnej Centrum Diagnostyczno-Specjalistyczne przy ul. Dąbrowszczaków 5a, będącej zakładem leczniczym Zespołu⁸. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci był zgodny z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁹.

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

⁴ Dalej: NFZ.

⁵ 74 przypadków z 368 analizowanych wpisów.

⁶ 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.

⁷ Dalej: POZ.

⁸ Załącznik nr 2 do Statutu wprowadzony Uchwałą nr XXXI/938/2020 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 18 czerwca 2020 r.

⁹ Nr 000000007146.

W okresie objętym kontrolą Zespół, na podstawie umowy zawartej z NFZ¹⁰, udzielał świadczeń dla dzieci w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w siedmiu zakresach świadczeń, tj.: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, alergologii dla dzieci, otolaryngologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej, okulistyki dziecięcej, a także chirurgii dziecięcej¹¹.

Regulamin organizacyjny¹², w którym opisano m.in. strukturę organizacyjną, rodzaje udzielanych świadczeń, zasady ich udzielania oraz dostępu do badań diagnostycznych, odpowiadał wymaganiom określonym w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³. Informacje te podano do wiadomości pacjentów poprzez umieszczenie ich na tablicy informacyjnej na terenie przychodni oraz opublikowano na stronie internetowej.

(akta kontroli str. 1030-1108)

Na tablicach informacyjnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych widniały wszystkie informacje, które świadczeniodawca był zobowiązany podać zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴. Wyposażenie w sprzęt w zakresach AOS dla dzieci było zgodne z umową z NFZ.

(akta kontroli str. 1116-1121)

Według stanu na 30 marca 2024 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało 16 lekarzy¹⁵ i pięć pielęgniarek. Podstawową formą zatrudnienia wszystkich lekarzy specjalistów były umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a pielęgniarek umowy o pracę.

Udzielający świadczeń lekarze i pielęgniarki byli 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 Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i aktualizowane. Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami zgłoszonymi do NFZ¹⁶.

W latach 2021-2024 (I kwartał) nie zachodziły istotne zmiany liczby personelu udzielającego świadczeń. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz I kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio 63, 64, 65 i 64 lat, a pielęgniarki odpowiednio 62, 63, 64 i 65 lat.

W latach objętych kontrolą wystąpiły niedobory kadrowe dotyczące lekarzy specjalistów realizujących świadczenia AOS dla dzieci w następujących poradniach: neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej i okulistyki dziecięcej. Odnosząc się do kwestii niedoborów kadrowych, Dyrektor Zespołu stwierdził, że największą przeszkodą w pozyskiwaniu personelu niezbędnego do udzielania świadczeń AOS

¹⁰ Umowa numer 07R-1-00092-02-01-2011-2025 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: umowa NFZ.

¹¹ Dalej: AOS dla dzieci.

¹² Tekst jednolity ustalony Zarządzeniem Dyrektora SZPZLO Warszawa Praga – Północ Nr 15A/12/2023 z dnia 11 grudnia 2023 r.

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

¹⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: OWU.

¹⁵ Pięciu specjalistów alergologii, jeden specjalista kardiolog, dwóch specjalistów okulistyki, jeden specjalista neurologii dziecięcej oraz trzech specjalistów otolaryngologii, dwóch specjalistów 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.

¹⁶ Badaniu poddano wszystkie osoby udzielające świadczeń AOS dla dzieci w grudniu 2023 r. marcu 2024 r. oraz 28 maja 2024 r.

dla dzieci jest niska wycena procedur, co ma wpływ na kształtowanie wynagrodzeń dla lekarzy.

Zespół dwukrotnie zawieszał udzielanie świadczeń zdrowotnych z powodu nieobecności bądź braku lekarza specjalisty. W 2021 r. w związku z czasową nieobecnością lekarza specjalisty zawieszono udzielnie świadczeń w zakresie neurologii dziecięcej¹⁷, a w 2024 r. z powodu braku lekarza specjalisty zawieszono udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki dziecięcej¹⁸. Informacja o przerwie w udzielaniu świadczeń została przez Zespół przekazana do NFZ.

(akta kontroli str. 1122 -1123, 1193-1196)

Poziom realizacji umowy z NFZ w zakresach AOS dla dzieci, w latach 2021-2024 (I kwartał) przedstawiał się następująco: w 2021 r. 108,6% (2470,5 tys. zł), w 2022 r. 118,8% (3273,6 tys. zł), w 2023 r. 101,1% (2756,5 tys. zł), a dla I kwartału 2024 r. 68,6% (928,2 tys. zł). Świadczenia udzielone powyżej kwot zobowiązań określonych w umowie zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że realizacja umowy za I kwartał 2024 r. na poziomie 68,6% wynikała z zawieszenia, od 1 stycznia 2024 r., działalności poradni okulistycznej dla dzieci. Poradnia, po zatrudnieniu nowego lekarza, od 19 lutego 2024 r. wznowiła działalność.

W Zespole, w latach 2021-2024 (I kwartał) udzielono łącznie 54,8 tys. świadczeń w zakresach AOS dla dzieci o łącznej wartości 9428,8 tys. zł na rzecz 38,0 tys. Pacjentów.

W 2021 r. udzielono na rzecz 11,4 tys. pacjentów 16,6 tys. świadczeń o wartości 2470,5 tys. zł. W 2022 r. dla 12,2 tys. Pacjentów udzielono 18,5 tys. świadczeń o wartości 3273,6 tys. zł. W 2023 r. dla 11,2 tys. Pacjentów udzielono 15,9 tys. świadczeń o wartości 2756,5 tys. zł, a w I kwartale 2024 r. dla 3,2 tys. pacjentów udzielono 3,8 tys. świadczeń o wartości 928,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 354-624)

Wewnętrzne uregulowania dotyczące zasad rejestracji pacjentów zostały określone w § 15 Regulaminu organizacyjnego Zespołu, *Instrukcji rejestracji pacjenta*¹⁹ oraz w instrukcjach: *zasady zapisywania się na listę oczekujących, szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej*²⁰.

W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 kwietnia 2024 r. harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci dla pięciu poradni²¹ prowadzone były w systemie informatycznym Zespołu, a dla dwóch poradni²² w aplikacji AP-KOLCE²³.

W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 kwietnia 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 Obsługi Pacjenta.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa poinformował, że pacjent, w tym pierwszorazowy, dostawał informację o dacie i godzinie wizyty w momencie zapisania się na wizytę.

¹⁷ Przerwa w udzielaniu świadczeń trwała od 1 maja 2021 r. do 17 czerwca 2021 r. (47 dni).

¹⁸ Przerwa w udzielaniu świadczeń trwała od 1 stycznia 2024 r. do 19 lutego 2024 r. (49 dni).

¹⁹ Zatwierdzona do stosowania przez Dyrektora Zespołu w dniu 14 czerwca 2018 r.

²⁰ Z 9 lutego 2023 r.

²¹ Poradnia alergologiczna dla dzieci, Poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci, Poradnia okulistyczna dla dzieci, Poradnia neurologiczna dla dzieci, Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci.

²² Poradnia kardiologiczna dla dzieci, Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci.

²³ Aplikacja Kolejki Centralne - aplikacja udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

Dodatkowo do wszystkich pacjentów na jeden dzień przed umówionym terminem wysyłane były powiadomienia SMS przypominające o zbliżającej się wizycie. Zespół nie prowadził statystyk dotyczących odsetka pacjentów rejestrujących się do poradni AOS dla dzieci drogą elektroniczną.

Prowadzeniem harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących, w zakresie AOS dla dzieci zajmowały się rejestratorzy medyczne oraz koordynator do spraw telefonicznej obsługi pacjenta.

Harmonogram przyjęć pacjentów, w tym lista oczekujących na udzielenie świadczenia, do Poradni neurologicznej dla dzieci za luty, marzec, kwiecień 2024 r.²⁴ zawierał dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h, j²⁵ oraz art. 19a ust. 4 pkt 1-4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶, tj. datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, kategorię świadczeniobiorcy (z wyjątkiem trzech przypadków - szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości), 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 36 przypadków²⁷, w których nie wskazano faktycznej przyczyny zmiany terminu udzielenia świadczenia (szczegółowy opis 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, w którym lekarz kierujący określał czy skierowanie dotyczyło przypadku pilnego.

(akta kontroli str. 4-75, 111-181, 206-214, 215-293, 1197-1207)

Ośmiu pacjentom udzielono świadczeń z pominięciem listy oczekujących na udzielenie świadczenia (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 49-54, 63-71, 111-161, 206-214)

W 19 przypadkach dane zawarte w wykazie przyjęć pacjentów do Poradni neurologicznej dla dzieci²⁸, o którym mowa w § 40, w związku z § 36 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁹ były niezgodne z danymi zawartymi w harmonogramie przyjęć, w tym w liście oczekujących na udzielenie świadczenia w odniesieniu do informacji dotyczących wpisów o zmianie terminu wizyty (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 49-55, 84-110, 215-231, 294-316)

Na koniec 2023 r. oraz I kwartału 2024 r. średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci najbardziej zwiększył się

²⁴ Dalej: harmonogram przyjęć.

²⁵ Z wyjątkiem podpisu osoby dokonującej wpisu, z uwagi na fakt prowadzenia harmonogramu przyjęć w systemie informatycznym.

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, dalej: u.soz.

²⁷ Badaniem objęto 368 wpisów w harmonogramie przyjęć do poradni neurologicznej dla dzieci za okres luty-kwiecień 2024 r.

²⁸ Dotyczących świadczeń: - świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej, - świadczenia z zakresu neurologii dziecięcej – onkologia, - świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej - świadczenia pierwszorazowe; za luty, marzec, kwiecień 2024 r.; badaniem objęto 342 wpisy; dalej: wykaz przyjęć pacjentów.

²⁹ Dz.U. z 2024 r. poz. 798, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

w czterech Poradniach dla kryteriów medycznych *przypadek pilny*³⁰ i *przypadek stabilny*³¹, oraz w jednej Poradni dla kryterium medycznego *przypadek pilny*³²:

1) Poradnia alergologiczna dla dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 38 dni³³, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 234,2% w stosunku 2021 r. (127 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 108 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 131 dni³⁴, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 48,1% w stosunku do 2021 r. (194 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 211 dni,

2) Poradnia kardiologiczna dla dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 60 dni³⁵, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 78,3% w stosunku do 2021 r. (107 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 83 dni;

3) Poradnia okulistyczna dla dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 65 dni³⁶, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 113,9% w stosunku do 2021 r. (139 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 137 dni,
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 118 dni³⁷, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 11,0% w stosunku do 2021 r. (131 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 113 dni;

4) Poradnia neurologiczna dla dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 40 dni³⁸, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 305,0% w stosunku do 2021 r. (162 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 218 dni;
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 122 dni³⁹, w 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 59,8% w stosunku do 2021 r. (195 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 221 dni;

5) Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci:

- przypadek pilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 11 dni⁴⁰, 2023 r. nastąpiło zwiększenie o 336,4% w stosunku do 2021 r. (48 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 42 dni;
- przypadek stabilny – 2021 r. średni czas oczekiwania 31 dni⁴¹, 2023 r. zwiększenie o 171,0 % w stosunku do 2021 r. (84 dni), a w I kwartale 2024 r. średni czas oczekiwania wyniósł 86 dni.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że przyczyną zwiększania się średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej był okres ustępowania

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² Z siedmiu poradni udzielających świadczeń w zakresie AOS dla dzieci.

³³ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 64 dni.

³⁴ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 166 dni.

³⁵ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 65 dni.

³⁶ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 35 dni.

³⁷ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 181 dni.

³⁸ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 150 dni.

³⁹ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 181 dni.

⁴⁰ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 27 dni.

⁴¹ Na koniec 2022 r. średni czas oczekiwania wyniósł 60 dni.

pandemii COVID-19 i łagodzenia obostrzeń związanych z pandemią. Wskutek tego nastąpił wzrost zainteresowania ze strony pacjentów i ich rodziców usługami medycznymi. Powodowało to większą zgłaszalność pacjentów do poradni. Wyjaśnił również, że Zespół działa w ramach umów zawartych z NFZ i wyznaczonych w nich warunkach finansowych. W związku z tym jedynym działaniem w celu zmniejszenia średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci może być zwiększenie przyjęć poprzez zwiększenie liczby godzin pracy personelu. Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że pomimo chęci zatrudniania lekarzy, nie było takiej możliwości, z uwagi na fakt, że na rynku brakuje lekarzy specjalistów, szczególnie w specjalnościach dziecięcych i stąd brak jakiegokolwiek możliwości reakcji Zespołu na zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne w poradniach AOS dla dzieci.

(akta kontroli str. 37-40, 56, 76-83, 182-205)

Przedstawionych w raporcie statystycznym za kwiecień 2023 r. 45 świadczeń w zakresie kardiologii dziecięcej zostało ujętych w zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Zespół w formie „Wykazu przyjęć”. Wykaz ten zawierał wszystkie elementy wymagane § 40 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Łączna wartość udzielonych świadczeń wyniosła 9,7 tys. zł. Świadczenia te zostały w całości sfinansowane przez publicznego płatnika.

(akta kontroli str. 938-972)

Dokumentacja medyczna prowadzona była w Zespole w postaci papierowej, pomimo że od 15 września 2022 r. posiadany system informatyczny pozwalał na prowadzenie jej w postaci elektronicznej (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości). Część dokumentacji prowadzona była odręcznie, a pozostała część w postaci odręcznie autoryzowanego wydruku z systemu informatycznego, który dołączany był do dokumentacji papierowej. System informatyczny zapewniał osobom uprawnionym, w zakresie nadanych uprawnień, stały dostęp do dokumentacji medycznej prowadzonej przy wykorzystaniu systemu informatycznego. Zapewniał również zabezpieczenie danych przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione. Dokonanie przez pracownika wpisów bądź ewentualna zmiana tych wpisów możliwa była tylko w zakresie nadanych indywidualnych uprawnień. Po wprowadzeniu zmiany, z poziomu użytkownika, widoczne były dane identyfikujące osobę jej dokonującą oraz czas i treść ostatniej zmiany. Pełny zakres zmian widoczny był z poziomu administratora systemu. Systematycznie tworzone kopie zapasowe baz danych systemu medycznego i przechowywano je w pomieszczeniach odrębnych od tych, w których eksploatowane dane na bieżąco. Kopie zapasowe wykonywane były automatycznie co godzinę oraz raz na dobę w sposób przyrostowy (tzw. kopie cząstkowe). Pełna kopia danych wykonywana była raz w miesiącu oraz raz na rok. Kopia ta zapisywana była na dyskach zewnętrznych, tj. dedykowanych do tego celu serwerach, znajdujących się w wyodrębnionych pomieszczeniach w dwóch lokalizacjach, tj., w serwerowni głównej i zapasowej. Aktualizacja systemu wykonywana była średnio dwa razy w miesiącu⁴². W Zespole opracowano i stosowano udokumentowane procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów informatycznych⁴³.

(akta kontroli str. 625-631, 742-749, 903-928)

⁴² Stan na dzień oględzin, tj. 12 czerwca 2024 r.

⁴³ Procedura P-4.2.4 – 02 wydanie 4 z 12 czerwca 2018 r. *Nadzór nad dokumentacją medyczną*, Instrukcja IN – 4.2.4. wydanie 6 z 2 maja 2019 r. *Postępowanie z dokumentacją medyczną*, Procedura P-4.2.4 – 03 wydanie 2 z 18 października 2011 r. *Postępowanie z dokumentacją prowadzoną w formie elektronicznej*, Polityka bezpieczeństwa informacji w Zespole PB-8.2-01 wydanie 4 z 28 listopada 2022 r.

Dokumentacja papierowa pacjentów AOS dla dzieci przechowywana była w zamykanych szafach w jednym gabinecie⁴⁴ i dwóch rejestracjach przychodni⁴⁵, w której udzielane były świadczenia zdrowotne dla dzieci⁴⁶. Wejście do rejestracji zabezpieczone było czytnikiem kart magnetycznych, a gabinet zamykany na klucz. Dostęp do tych pomieszczeń posiadały osoby upoważnione. Powyższe spełniało wymogi określone w § 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 903-913)

Badanie prawidłowości udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie AOS dla dzieci przeprowadzono na trzech z 10 przypadków udostępnień⁴⁷, jakie miały miejsce w maju 2024 r.⁴⁸. Stwierdzono, że dokumentacje te udostępniono osobom upoważnionym do ich otrzymania, po wcześniejszej weryfikacji ich uprawnień. Udostępnienie następowało na podstawie *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej* i zostało odnotowane w *Wykazie udostępnień dokumentacji medycznej*. Postępowanie takie było zgodne z funkcjonującą w Zespole Instrukcją IN-4.2.4-03 wydanie 3 z 15 lipca 2021 r. „Udostępnianie dokumentacji medycznej”.

(akta kontroli str. 666-700, 929-936)

Poddana badaniu indywidualna dokumentacja medyczna utworzona w związku z udzieleniem świadczeń 21 pacjentom⁴⁹, prowadzona była papierowo, w tym: w 10 przypadkach odręcznie (47,6%) i 11 (52,4%) jako wydruk z systemu. We wszystkich przypadkach dokumentacja zawierała datę jej sporządzenia oraz dane pacjenta, któremu udzielono świadczeń. W części dokumentacji stwierdzono m.in. brak pełnych danych osób udzielających świadczeń, dokonujących wpisów lub zmian wpisów, numeracji stron, chronologii zapisów, opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonego świadczenia zdrowotnego oraz adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 760-858)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Harmonogram przyjęć w 36 przypadkach, w których dokonano zmiany terminu udzielenia świadczenia, nie zawierał wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa, w tym:

- w 22 przypadkach, dotyczących pacjentów o kategorii świadczeniobiorcy 5-kontynuujący leczenie⁵⁰, nie wpisano do harmonogramu przyjęć przyczyn zmian terminu udzielenia świadczenia,
- w 14 przypadkach, z czego siedem dotyczyło pacjentów o kategorii świadczeniobiorcy 2-oczekujący⁵¹ i siedem 5-kontynuujący leczenie⁵², w sytuacji

⁴⁴ Dokumentacja w zakresie kardiologii dziecięcej.

⁴⁵ Dokumentacja w pozostałych zakresach AOS dla dzieci.

⁴⁶ Stan na dzień oględzin tj., 10 czerwca 2024 r.

⁴⁷ 30%.

⁴⁸ Dobór próby wg osądu kontrolera.

⁴⁹ Badaniem objęto 21 dokumentacji medycznych (po trzy dla każdego zakresu świadczeń). Do badania wybrano dokumentację sporządzoną dla pacjentów którym udzielono jako pierwszym w sierpniu 2023 r. świadczeń zdrowotnych.

⁵⁰ O kolejnych numerach z harmonogramu przyjęć: 8, 13, 93, 95, 107, 109, 123, 129, 141, 143, 144, 172, 178, 215, 255, 261, 265, 290, 299, 335, 337, 365.

⁵¹ W przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących.

⁵² O kolejnych numerach pacjenta: z harmonogramu przyjęć 1, 18, 41, 66, 99, 152, 169, 171, 179, 181, 191, 223, 236, 327.

zmiany terminu udzielenia świadczenia nie wpisano faktycznych przyczyn zmiany, w wyniku czego system wstawiał domyślną pozycję „Powód: 10 Inny”.

Powyższe było niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 2 lit. c uśoz, który stanowił, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć zmianę terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem przyczyny tej zmiany. Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i tiret 4 uśoz, świadczeniodawca na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wpisuje zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny. Stanowiło to również naruszenie § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c, ust. 2 pkt 5 lit. d 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 publicznych⁵³, zgodnie z którym w harmonogramie przyjęć i na liście oczekujących, stanowiącej część harmonogramu przyjęć, są gromadzone dane dotyczące zmiany terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

W odniesieniu do tiret pierwszego⁵⁴ Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że na skutek błędu pracowników rejestracji w prowadzonym harmonogramie przyjęć pacjentów do Poradni neurologicznej dla dzieci nie były odnotowane powody zmiany terminów wizyt pacjentów. W trakcie kontroli NIK harmonogram przyjęć został poprawiony. W odniesieniu do pacjenta o kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 290 Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że została zmieniona data wizyty, natomiast pracownik rejestracji nie odnotował tej zmiany ani jej powodu w harmonogramie przyjęć.

W odniesieniu do tiret drugiego Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w przedłożonym harmonogramie przyjęć zmianę terminów przyjęć wymusiła absencja lekarza, a w efekcie rozwiązanie umowy oraz przyjęcie nowego lekarza, który udzielał świadczeń w zmniejszonym wymiarze godzinowym. Wyjaśnił, że w systemie informatycznym funkcjonującym w Zespole istniała możliwość wskazania powodu zmiany terminu pacjenta pierwszorazowego zapisanego do harmonogramu. Pracownik korzystający z systemu informatycznego miał możliwość wyboru takiego powodu z listy rozwijalnej, na której są dostępne wszystkie pozycje zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej. We wskazanych przypadkach taki wybór nie był dokonany przez pracowników rejestracji, co spowodowało wstawianie przez system domyślnej pozycji, tj. „Powód 10 – Inny: Zmiana terminu wizyty”.

Kierownik Działu informatyki wyjaśnił, że funkcjonalność systemu informatycznego Zespołu w zakresie możliwości *wskazania powodu zmiany terminu* dotyczyła zarówno pacjentów pierwszorazowych, jak również kontynuujących leczenie. W przypadku pacjentów pierwszorazowych, jeżeli pracownik rejestracji sam nie dokonał wyboru powodu zmiany harmonogramu, to system sam wstawiał wartość domyślną „Powód 10 – Inny: Zmiana terminu wizyty”. W przypadku zmiany terminu wizyty pacjentów kontynuujących leczenie, przy braku wybrania powodu zmiany terminu przez pracownika rejestracji, pole pozostawało nieuzupełnione i brak było takich informacji w systemie. Dyrektor Zespołu wyjaśnił, iż pracownicy są szkoleni w zakresie dopisywania dodatkowej zmiany w harmonogramie przyjęć, wybierając rzeczywisty powód zmiany wizyty, a ponadto zostanie zmodyfikowany schemat postępowania ze zmianą terminu wizyty pacjenta w systemie informatycznym w celu ułatwienia pracy obsługującym go pracownikom. Wyjaśnił, że w systemie informatycznym w przypadku zmiany harmonogramu przyjęć nie ma możliwości wybrania opcji *zmiana lekarza przyjmującego* oraz że osoby dokonujące zmian w harmonogramie przyjęć zostały poinformowane o konieczności, w przypadku wybierania „10-Inny powód”

⁵³ Dz. U. z 2024 r. poz. 610; dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji.

⁵⁴ Z wyjątkiem pacjenta o kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 290.

uzupełnienia "uwag", wskazując rzeczywisty powód zmiany terminu, w tym przypadku *zmiana lekarza przyjmującego*.

(akta kontroli str. 37-55, 63-75, 111-181, 215-231, 247-293)

2. W trzech przypadkach w harmonogramie przyjęć błędnie wpisano kategorię świadczeniobiorcy:

- w przypadku pacjenta posiadającego prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁵ w harmonogramie przyjęć wpisano kategorię świadczeniobiorcy 1 - *przyjęty na bieżąco* zamiast kategorii świadczeniobiorcy 4 - *posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej + kod podstawy tego prawa*.

Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. d uósz, który stanowi, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć kategorię świadczeniobiorcy: *posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa*. Było to również niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, który stanowi, że w kolumnie *kategoria świadczeniobiorcy* powinien być wpisany kod kategorii świadczeniobiorcy przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia, czyli "4.- posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej; + kod podstawy tego prawa zgodnie z cz. III tabeli nr 13".

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że przyczyną nieprawidłowości było błędne wprowadzenie przez pracownika rejestracji danych do harmonogramu w systemie informatycznym;

- w przypadku dwóch pacjentów kontynuujących leczenie w harmonogramie zamiast kategorii świadczeniobiorcy 5 – kontynuujący leczenie wpisano w jednym przypadku⁵⁶ kategorię świadczeniobiorcy 1 - *przyjęty na bieżąco*, a w drugim⁵⁷ 2 – *oczekujący*.

Było to niezgodne z art. 19a ust. 2 uósz, 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 sprzeczne 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 Zespołu wyjaśnił, że przyczyną nieprawidłowości była omyłka pracownika rejestracji.

(akta kontroli str. 37-55, 206-214, 232-246)

3. Ośmiu pacjentom udzielono świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Dotyczyło to:

- zgody lekarza na udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia pięciu pacjentom⁵⁸, z wpisaną kategorią świadczeniobiorcy 1 - *przyjęty na bieżąco*,

⁵⁵ O kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 340.

⁵⁶ O kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 295.

⁵⁷ O kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 180.

⁵⁸ O kolejnych numerach z harmonogramu przyjęć: 35 (kryterium medyczne p. pilny), 149 (kryterium medyczne p. stabilny), 196 (kryterium medyczne p. stabilny), 211 (kryterium medyczne p. pilny), 270 (kryterium medyczne p. pilny); 324 (kryterium medyczne p. pilny); kategoria świadczeniobiorcy 1 - przyjęty na bieżąco.

- zgody lekarza na udzielenie świadczenia pacjentowi w terminie wcześniejszym niż daty planowanych przyjęć innych oczekujących pacjentów⁵⁹.

Było to niezgodne z art. 20 ust. 1 uśoz, który stanowił, że świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Było to również niezgodne z § 1 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, który stanowił, że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że lekarz każdorazowo wyraził zgodę na przyjęcie pacjentów w dniu zgłoszenia lub w terminie wcześniejszym niż wynikający z listy oczekujących na udzielenie świadczenia. NIK nie podziela stanowiska, że zgoda lekarza na udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia lub w terminie wcześniejszym niż planowane daty przyjęć innych oczekujących pacjentów stanowi podstawę do udzielenia świadczenia z pominięciem listy oczekujących;

- dwóch pacjentów o kolejnych numerach z wykazu przyjęć pacjentów 15⁶⁰ i 212⁶¹ nie zostało wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Było to niezgodne z art. 19a ust. 2 pkt 1 lit. c uśoz, który stanowił, że świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20. Było to również niezgodne z § 8 ust. 2 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że w wyniku błędu pracownika rejestracji pacjenci nie zostali wpisani do harmonogramu przyjęć w momencie zapisu na wizytę.

(akta kontroli str. 49-54, 63-71, 84-161, 206-231, 294-316)

4. W harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, nie wykazano 19 pacjentów⁶² umieszczonych w wykazie przyjęć pacjentów do Poradni neurologicznej dla dzieci⁶³. Było to spowodowane faktem, że w przypadku 19 pacjentów, po przepisaniu wizyt pacjentów na inny dzień, nie został dokonany wpis o zmianie w harmonogramie przyjęć, co było niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 2 lit. c uśoz, który stanowił, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć zmianę terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem przyczyny tej zmiany. Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i tiret 4 uśoz, świadczeniodawca na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wpisuje zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny. Stanowiło to również naruszenie § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c, ust. 2 pkt 5 lit. d rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, zgodnie z którym w harmonogramie przyjęć i na liście oczekujących, stanowiącej część harmonogramu przyjęć, są gromadzone dane dotyczące zmiany terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

⁵⁹ O kolejnym numerze z harmonogramu przyjęć 49 (kryterium medyczne p. stabilny), kategoria świadczeniobiorcy 2-oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących.

⁶⁰ Data wizyty 7 lutego 2024 r.; rodzaj świadczenia: WP1 porada początkowa – świadczenia pierwszorazowe.

⁶¹ Data wizyty 27 marca 2024 r., rodzaj świadczenia: WP1 porada początkowa – świadczenia pierwszorazowe.

⁶² O kolejnych numerach z wykazu przyjęć pacjentów: 46, 60, 71, 83, 91, 97, 98, 99, 107, 112, 115, 131, 144, 164, 175, 194, 245, 280, 317, z czego w przypadku sześciu pacjentów wpisano rodzaj świadczenia WP1 porada początkowa – świadczenia pierwszorazowe.

⁶³ Dotyczących świadczeń: - świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej, - świadczenia z zakresu neurologii dziecięcej – onkologia, - świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej - świadczenia pierwszorazowe; za luty, marzec, kwiecień 2024 r.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że po przepisaniu wizyt pacjentów na inny dzień nie został dokonany wpis o zmianie w harmonogramie przyjęć z powodu niedopatrzenia przez pracowników rejestracji. Wyjaśnił, że podczas operacji przepisania pacjenta na inny termin system informatyczny w żaden sposób nie wymusza na użytkowniku dokonania takiego wpisu w harmonogramie przyjęć. Pracownik każdorazowo musi sam pamiętać o dokonaniu takiego wpisu w harmonogramie, co przy natłoku obowiązków w rejestracji okazuje się niemożliwe.

(akta kontroli str. 49-55, 84-110, 215-231, 294-316)

5. W harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku 29 pacjentów błędnie wskazano przyczynę skreślenia, ponieważ wskazano jako przyczynę skreślenia kod 1 - *wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę*, w przypadku, gdy powinien być wskazany kod 2 – *powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć*⁶⁴. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 4 uśoz, który stanowił, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć. Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 4 uśoz, świadczeniodawca na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Stanowiło to również naruszenie § 8 ust. 1 pkt 8 lit. b oraz § 8 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, zgodnie z którym w harmonogramie przyjęć i na liście oczekujących, stanowiącej część harmonogramu przyjęć, są gromadzone dane dotyczące skreślenia z harmonogramu przyjęć wraz z podaniem kodu przyczyny skreślenia, przyjmującego wartość określoną w tabeli 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia. Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że w wykazie przyjęć pacjentów brak było danych pacjentów z uwagi na odwołanie wizyt przez pacjentów, a pracownik generujący comiesięczne raporty kolejkowe dokonał błędnego wpisania powodu skreślenia pacjenta z harmonogramu wizyt.

(akta kontroli str. 49-55, 84-110, 215-231, 294-299)

6. Dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, pomimo iż od 15 września 2022 r. posiadany przez Zespół system informatyczny pozwalał na prowadzenie jej w postaci elektronicznej. Działanie takie było niezgodne z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że zapis § 1 ust. 2 cytowanego wyżej aktu prawnego statuuje wyjątek od tej zasady w przypadku, gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. W zakresie tym mieści się również zarządzanie personelem medycznym. W dalszej części wyjaśnił, że część kadry stanowią pielęgniarki i lekarze z 50, 60-letnim stażem pracy, którzy mogą mieć trudności z adaptacją do nowych technologii. W przypadku tych osób nie zawsze jest możliwa nauka obsługi komputera.

(akta kontroli str. 625-632, 742-749, 914-928)

NIK wskazuje, że obowiązujący akt prawny jednoznacznie wskazuje na formę elektroniczną jako podstawową formę prowadzenia dokumentacji medycznej. W uzasadnieniu do projektu ww. rozporządzenia wskazano, że za brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej

⁶⁴ O kolejnych numerach z harmonogramu przyjęć: 10, 22, 27, 76, 84, 114, 156, 160, 176, 177, 187, 193, 194, 203, 207, 208, 209, 222, 234, 240, 241, 264, 265, 275, 286, 288, 298, 316, 347, w tym dwóch z kategorią świadczeniobiorcy 2 – oczekujący w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących i 27 z kategorią świadczeniobiorcy 5 - kontynuujący leczenie.

tj. awaria systemu czy sprzętu. W przypadku Zespołu żadna z ww. przesłanek nie została spełniona.

7. Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W badanych 21 indywidualnych dokumentacjach medycznych⁶⁵ stwierdzono, że:

- we wszystkich przypadkach dokumentacja medyczna nie zawierała adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej,
- w trzech przypadkach⁶⁶, tj. 14,3% badanej próby⁶⁷ w dokumentacji brak było kodu resortowego komórki, w której udzielono świadczenia, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- w jednym przypadku⁶⁸, tj. 4,8% badanej próby, dokumentacja nie zawierała opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń. Wpis z dnia 17 sierpnia 2023 r. zawiera tylko informację o treści: "odmówiono wystawienia usg dla prywatnego neurologa. Dziecko zapisane do Por Neurochir." oraz kod ICD-10 i liczbę punktów za poradę,
- w 12 przypadkach tj. 57,1% badanej próby, w dokumentacji medycznej nieprawidłowo oznaczono lub nie oznaczono osoby udzielającej świadczeń, w tym: w sześciu przypadkach nie podano tytułu zawodowego lekarza udzielającego świadczeń⁶⁹, w trzech przypadkach⁷⁰ podano tytuł zawodowy lekarza niezgodny ze stanem faktycznym, w trzech przypadkach⁷¹ nie podano danych identyfikujących osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych,
- w jednym przypadku, tj. 4,8% badanej próby⁷², nie zachowano porządku chronologicznego, ponieważ dokumentacja zawiera wpisy wg następującej kolejności: 10 października 2023 r., 4 lipca 2023 r., 8 sierpnia 2023 r.,
- w pięciu przypadkach tj. 23,8% badanej próby, wpisy w dokumentacjach medycznych nie zawierały oznaczenia osób ich dokonujących, w tym: w czterech przypadkach na pierwszej stronie dokumentacji medycznej stanowiącej wydruk z systemu informatycznego dokonano odręcznie wpisów i nie dokonano oznaczenia osób ich dokonujących⁷³, w jednym przypadku wpis z dnia 9 sierpnia 2023 r. - o treści: "nie zgłosił się" oraz nieczytelny podpis⁷⁴,
- w 14 przypadkach⁷⁵, tj. 66,7% badanej próby, strony w dokumentacji medycznej były nieponumerowane,
- w jednym przypadku, tj. 4,8% badanej próby⁷⁶ zmiany wpisów w poradach z dnia: 30 maja 2023 r. (poprawianie daty), 8 sierpnia 2023 r. 13 grudnia 2023 r.

⁶⁵ Po trzy dla każdego zakresu świadczeń w ramach AOS dla dzieci Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (Indywidualny numer pacjenta nadawany w systemie informatycznym Zespołu, dalej: Nr pacjenta: 906666, 957477, 66267) oraz alergologii dla dzieci (Nr pacjenta: 68610, 418090, 415950), a także otolaryngologii (Nr pacjenta: 588457, 574225, 921055), kardiologii (Nr pacjenta: 61491, 914952, 387683), neurologii (Nr pacjenta: 792911, 857608, 884399), okulistyki (Nr pacjenta: 61610, 394349, 66152) i chirurgii dziecięcej (Nr pacjenta: 707510, 950500, 808633).

⁶⁶ Nr pacjenta: 707510, 950500, 808633.

⁶⁷ Dotyczy wszystkich badanych dokumentacji z poradni chirurgii ogólnej dla dzieci.

⁶⁸ Nr pacjenta 906666.

⁶⁹ Nr pacjenta 588457, 574225, 921055, 61491, 914952, 387683.

⁷⁰ Nr pacjenta 61610, 394349, 66152.

⁷¹ Nr pacjenta 68610, 418090, 415950.

⁷² Nr pacjenta 957477.

⁷³ Nr pacjenta 914952, 387683, 857608, 884399.

⁷⁴ Nr pacjenta 906666.

⁷⁵ Nr pacjenta 574225, 921055, 906666, 957477, 66267, 61491, 914952, 857608, 707510, 950500, 808633, 68610, 418090, 415950.

⁷⁶ Nr pacjenta 857608.

(przekreślenia) dokonano bez oznaczenia osoby ich dokonujących, a także nie zamieszczając daty i podpisu oraz adnotacji o przyczynie błędu,

- w jednym przypadku, tj. 4,8% badanej próby⁷⁷, kolejne strony dokumentacji medycznej nie zawierały informacji w zakresie imienia i nazwiska pacjenta.

(akta kontroli str.760-858)

Działanie takie było niezgodne z:

- § 4 ust. 1-2, ust. 6, § 6 ust. 1-2, § 10 pkt 1 lit e, pkt. 3-4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja indywidualna, zawiera: nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, tj.: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis. Wpisu w dokumentacji dokonuje się w porządku chronologicznym, a wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej. Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane. W przypadku wpisu dokonanego błędnie skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Kolejne strony dokumentacji medycznej zawierają co najmniej imię i nazwisko pacjenta,
- art. 25 ust.1 pkt 1 lit. f, pkt. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷⁸, dokumentacja medyczna zawiera opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że stwierdzone braki były spowodowane niedopatrzeniem lub przeoczeniem personelu. W zakresie braku adresu zamieszkania przedstawiciela ustawowego wyjaśnił, że brak ten wynikał z niedostosowania systemu, w którym tworzona była dokumentacja.

(akta kontroli str.859-863, 886-902)

OCENA CZĄSTKOWA

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń były zgodne z obowiązującymi przepisami. Zespół nie w każdym przypadku prawidłowo ustalał kolejność przyjęć pacjentów. Stwierdzono przypadki udzielenia świadczeń z pominięciem listy oczekujących. Prowadzony w podmiocie harmonogram przyjęć zawierał nieprawidłowości polegające m.in. na niewpisywaniu przyczyn zmian terminu udzielenia świadczenia czy też wpisywaniu błędnej przyczyny skreślenia pacjenta z harmonogramu. Dokumentacja medyczna prowadzona była papierowo, pomimo iż system informatyczny pozwalał na prowadzenie jej w postaci elektronicznej. Zabezpieczenie dokumentacji medycznej i jej udostępnianie pacjentom było zgodne z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznymi uregulowaniami, jednak sposób jej prowadzenia co do zasady nie spełniał wymogów określonych w przepisach. Świadczenia zdrowotne w zakresie kardiologii dziecięcej wykazane w raportach statystycznych do NFZ, wynikały z wpisów w dokumentacji medycznej.

OBSZAR

2. Współpraca AOS i POZ w procesie udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

Osoby udzielające w Zespole świadczeń zdrowotnych miały stały dostęp do danych medycznych o pacjentach znajdujących się w systemie informatycznym. Rozwiązanie takie pozwalało na wymianę pomiędzy personelem medycznym niezbędnych

⁷⁷ Nr pacjenta 857608.

⁷⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm., dalej: *ustawa o prawach pacjenta*.

informacji o pacjentach. W okresie objętym kontrolą nie funkcjonowały żadne rozwiązania organizacyjne w zakresie stałych lub okresowych konsultacji AOS i POZ z innymi podmiotami leczniczymi. Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że ze względu na dużą liczbę podmiotów leczniczych i różnorodność ich systemów informatycznych brak jest możliwości technicznych wzajemnego przekazywania pomiędzy podmiotami informacji o pacjentach.

(akta kontroli str. 973-980)

W objętej badaniem dokumentacji medycznej 21 pacjentów, którym w I kw. 2024 r. udzielone zostały w Zespole po raz pierwszy świadczenia AOS dla dzieci⁷⁹, stwierdzono, że we wszystkich przypadkach lekarze, którzy skierowali pacjentów na takie leczenie specjalistyczne, nie dołączyli do skierowań wyników badań pacjentów, a w 10 przypadkach (47,6%) nie przekazali także informacji o dotychczasowym leczeniu pacjenta, pomimo iż obowiązek taki wynikał z § 12 ust. 1 pkt 1-2 OWU.

Z 21 ww. świadczeń udzielonych w Zespole w 12 przypadkach były to świadczenia pierwszorazowe⁸⁰ (57,1%), a w dziewięciu specjalistyczne⁸¹ (42,9%)⁸². W części świadczeń pierwszorazowych nie sporządzono *Informacji dla lekarza kierującego/POZ* (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

W ocenie lekarzy specjalistów z Zespołu we wszystkich przypadkach zarówno skierowanie pacjentów na leczenie specjalistyczne, jak i tryb skierowania były uzasadnione, z wyłączeniem jednego przypadku, gdzie lekarz stwierdził, że nie było wskazań medycznych do skierowania pacjenta w trybie pilnym do leczenia w poradni alergologicznej.

(akta kontroli str. 981-1008)

W Zespole przed zakończeniem udzielania świadczeń w ramach AOS dla dzieci w związku ze zbliżającym się okresem pełnoletności pacjenta nie wykonywano odrębnych badań diagnostycznych. Nie opracowano także zasad postępowania z takimi pacjentami. Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że nie ma uregulowań prawnych, które zobowiązywałyby podmiot leczniczy do opracowania i wdrożenia zasad postępowania z pacjentami, którzy w trakcie leczenia osiągają pełnoletność. Wyjaśnił ponadto, że w kompetencji lekarza specjalisty sprawującego opiekę nad ww. pacjentem jest podejmowanie decyzji w kwestii zarówno procesu leczenia, jak i diagnostyki pacjenta. Lekarz udzielający świadczeń w poradni decyduje czy i gdzie skierować pacjenta na dalsze leczenie.

Analiza 14 dokumentacji medycznych pacjentów, którzy ukończyli w 2023 r. 18 lat, a z uwagi na chorobę przewlekłą, wymagali dalszej opieki specjalistycznej⁸³ wykazała, że czterech pacjentów kontynuowało w Zespole leczenie w poradniach specjalistycznych dla dorosłych, a dwóch pacjentów złożyło wnioski i pobrało po ukończeniu 18 lat kopię dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia. W 12 przypadkach (85,7% badanej próby) nie sporządzono bądź sporządzono

⁷⁹ Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci Nr pacjenta: 942531, 662751, 719710, poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci: 69378, 988027, 65674, poradnia kardiologiczna dla dzieci: 72403, 826286, 954327, poradnia neurologiczna dla dzieci: 728141, 644388, 980200, poradnia okulistyka dla dzieci: 554305, 674589, 264601, poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci: 677505, 988547, 988053, poradnia alergologiczna dla dzieci: 556360, 953763, 960142.

⁸⁰ Świadczenia w zakresach: ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, neurologii i alergologii.

⁸¹ Świadczenia w zakresach: otolaryngologii, okulistyki i chirurgii.

⁸² Świadczenia pierwszorazowe oraz specjalistyczne w rozumieniu zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: Zarządzenie Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ.

⁸³ Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci, Nr pacjenta: 61436, 59845, poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci: 60323, 61210, poradnia kardiologiczna dla dzieci: 60915, 61491, poradnia neurologiczna dla dzieci: 517551, 442632, poradnia okulistyka dla dzieci: 61392, 60884, poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci: 773061, 61431, poradnia alergologiczna dla dzieci: 269630, 323392.

nieterminowo informację dla lekarza kierującego pacjenta na leczenie w poradni specjalistycznej (szczegółowy opis w sekcji: Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 1009-1029)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku ośmiu z dwunastu świadczeń pierwszorazowych (66,7% badanej próby)⁸⁴ udzielonych w I kw. 2024 r., lekarze nie sporządzili i nie przekazali Informacji dla lekarza kierującego/POZ. Działanie takie było niezgodnie z wymogiem określonym w § 2 ust. 1 pkt 35 Zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ, zgodnie z którym świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe, jest to świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego i obejmujące łącznie: podjęcie decyzji diagnostycznej oraz przekazanie Informacji dla lekarza kierującego/POZ.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że brak ten spowodowany był przeoczeniem lekarza.

(akta kontroli str. 981-1008)

2. W 12 przypadkach (85,7% badanej próby⁸⁵) lekarze udzielający świadczeń w poradniach specjalistycznych nie sporządzili lub sporządzili nieterminowo dla lekarza kierującego 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, o której mowa w § 12 ust. 4 OWU, w tym:

- w 10 przypadkach nie sporządzono takiej informacji, pomimo iż czas leczenia pacjenta w danej poradni Zespołu wyniósł od roku i ośmiu miesięcy do 15 lat i dwóch miesięcy⁸⁶,
- w dwóch przypadkach przekazano taki dokument w czasie powyżej dwunastu miesięcy od wcześniejszego jego wystawienia⁸⁷ wynoszącym od dwóch lat i siedmiu miesięcy do czterech lat i czterech miesięcy.

Powyższe stanowiło naruszenie wymogu określonego w § 12 ust. 4-5 OWU.

Dyrektor Zespołu wyjaśnił, że w posiadanym przez Zespół systemie informatycznym istnieje funkcjonalność przypominająca lekarzom o konieczności wystawienia takiego dokumentu w momencie, gdy upływa rok od czasu wydania poprzedniej informacji. Pomimo wdrożenia tej funkcjonalności nie zapewniła ona jednak 100% skuteczności. W dalszej części wyjaśnień dodał, że zostanie ona poprawiona w taki sposób, aby wystawienie informacji dla lekarza kierującego było obowiązkowe.

NIK wskazuje, że wymóg niezwłocznego pisemnego informowania lekarza kierującego o wynikach konsultacji został wprowadzony do porządku prawnego już w 2005 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 października 2005 r.⁸⁸

(akta kontroli str. 1009-1029)

⁸⁴ Dotyczy wszystkich objętych badaniem dokumentacji pacjentów z poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci (Nr pacjenta: 69378, 988027, 65674), poradni kardiologicznej dla dzieci (Nr pacjenta: 72403, 826286, 954327), oraz dwóch z trzech pacjentów z poradni neurologicznej dla dzieci (Nr pacjenta: 644388, 980200).

⁸⁵ Badaniem objęto dokumentację medyczną pacjentów, którzy ukończyli w 2023 r. 18 lat, a z uwagi na chorobę przewlekłą wymagali dalszej opieki specjalistycznej.

⁸⁶ Poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci, Nr pacjenta: 61431, poradnia kardiologiczna dla dzieci 60915, 61491, poradnia okulistyka dla dzieci 60884, 61392, poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci 61210, 60323, poradnia neurologiczna dla dzieci 517551, 442632, poradnia otolaryngologiczna dla dzieci 61436.

⁸⁷ Poradnia alergologiczna dla dzieci, Nr pacjenta: 269630, poradnia otolaryngologiczna dla dzieci 59845.

⁸⁸ Dz.U. Nr 197, poz. 1643.

OCENA CZĄSTKOWA

W podmiocie leczniczym w okresie objętym kontrolą funkcjonowały rozwiązania organizacyjne zapewniające osobom udzielającym w nim świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Lekarze nie wywiązali się z obowiązku terminowego przekazywania informacji dla lekarzy kierujących pacjentów do poradni specjalistycznej.

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 wnioski:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Ujmowanie na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wszystkich pacjentów pierwszorazowych.
2. Wpisywanie do harmonogramu przyjęć informacji dotyczących:
 - przyczyny skreślenia pacjenta z listy oczekujących zgodnej ze stanem faktycznym,
 - zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem przyczyny tej zmiany,
 - kategorii świadczeniobiorcy zgodnej ze stanem faktycznym.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
4. Podjęcie skutecznych działań zapewniających:
 - terminowe sporządzanie i przekazywanie informacji dla lekarza kierującego/POZ w przypadku udzielania świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego,
 - prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
 - 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 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, 29 lipca 2024 r.

Kontrolerzy:

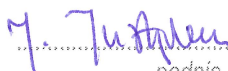
Izabela Podeszfińska

Główny specjalista kontroli
państwowej


podpis

Justyna Justyńska

Starszy inspektor kontroli państwowej


podpis

Rafał Zyzik

Specjalista kontroli państwowej

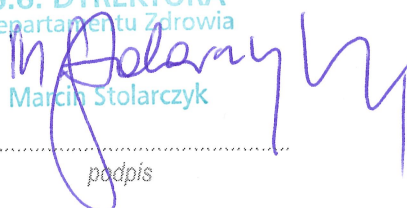

podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Dyrektor

p.o. DYREKTORA
Departamentu Zdrowia
Marcin Stolarczyk


podpis

