



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.17.2.2024

**Pan
MAREK OKOŃSKI
Prezes Zarządu
Specjalistycznego Zespołu Medycznego
„INTERMED” Sp. z o. o.**

ul. Bartosza Głowackiego 35
20-060 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Zespół Medyczny „INTERMED” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Bartosza Głowackiego 35, 20-060 Lublin (dalej: INTERMED, SZM INTERMED lub Spółka).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Okoński – Prezes Zarządu od 6 września 1989 r. (dalej: Prezes Zarządu).
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń. 2. Współpraca ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) z podstawową opieką zdrowotną (POZ) w obszarze udzielania świadczeń.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024 (do 11 grudnia) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, mających wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Monika Tomaszewska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/128/2024 z dnia 1 października 2024 r. (akta kontroli str. 3-19)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja i sposób realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci w INTERMED były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³. Spełniono warunki realizacji świadczeń dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Zapewniono również wymagany dostęp do badań i procedur medycznych na miejscu w INTERMED lub poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami. System informatyczny pozwalał osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych na wygenerowanie informacji o pacjentach, niezbędnych w procesie ich leczenia. Nie stwierdzono nieprawidłowości w procesie rozliczeń z płatnikiem za wykonane świadczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast m.in.:

- nieujmowania przyjęć wszystkich pacjentów pierwszorazowych na liście oczekujących na udzielenie świadczenia,
- błędnego wpisania kategorii medycznej pacjenta na liście oczekujących,
- niezamieszczenia w miejscu udzielania świadczeń informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych,
- prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i papierowej jednocześnie,
- niedokonywania w dokumentacji medycznej wewnętrznej pacjentów wpisów o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej oraz

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna i negatywna. W przypadku, gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej, ani dla negatywnej - stosuje się ocenę w formie opisowej.

³ Dalej: LOW NFZ.

sporządzania i przekazywania przez lekarzy AOS dla dzieci stosownych informacji lekarzowi kierującemu do lekarza specjalisty z częstotliwością mniejszą niż określona w przepisach prawa.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

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

W latach objętych kontrolą, na działalność Spółki w zakresie realizacji świadczeń AOS dla dzieci wpłynęła jedna skarga (w grudniu 2022 r.). INTERMED przekazał w tej sprawie pisemne wyjaśnienia do LOW NFZ, tj. organu rozpatrującego skargę dotyczącą dostępności do świadczenia w formie teleporady. Skarga okazała się zasadna. Po złożeniu wyjaśnień, sprawa została zakończona.

W ww. okresie, w INTERMED przeprowadzonych zostało siedem kontroli, w tym dwie dotyczyły świadczeń AOS dla dzieci i zostały przeprowadzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej (w czerwcu 2021 r.) oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej (w grudniu 2023 r.). Kontrole nie wykazały nieprawidłowości.

Ponadto w latach 2021-2024 (III kwartały) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie przeprowadził w INTERMED dwie kontrole sanitarne w zakresie bieżącego nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia medyczne. W toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydano zaleceń.

(akta kontroli str. 156-175)

Opis stanu
faktycznego

1.1. W latach 2021-2024 (III kwartały) w zakładzie leczniczym SZM INTERMED realizowano świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tym dla dzieci)⁵. Udzielano także świadczeń na zasadach komercyjnych.

W okresie objętym kontrolą, na podstawie umowy zawartej z LOW NFZ⁶, INTERMED udzielał świadczeń dla dzieci w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresach: neurologii dziecięcej, okulistyki dla dzieci, endokrynologii dla dzieci, diabetologii dla dzieci oraz neonatologii. Od 1 września 2024 r. – na podstawie umowy NFZ⁷ dodatkowo (oprócz wyżej wymienionych) udzielane były również świadczenia w zakresach: alergologii dla dzieci, gastroenterologii dla dzieci oraz otolaryngologii dla dzieci.

INTERMED był wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego⁸ z numerem księgi 000000002968. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci (finansowanych przez

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Działalność medyczną finansowaną ze środków publicznych prowadzono w Lublinie (ul. Głowackiego 35). W Oddziale SZM INTERMED w Białej Podlaskiej udzielano świadczeń wyłącznie na zasadach komercyjnych.

⁶ Umowa nr 03-2128-05-01-02 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarta 30 grudnia 2004 r., aneksowana w kolejnych latach. Dalej: umowa NFZ.

⁷ Aneks nr 03000212824000503/AOS/2024 zawarty 16 sierpnia 2024 r. do umowy nr 03-24-02-02128-01 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej AOS – świadczenia w poradniach.

⁸ Księga rejestrowa Wojewody Lubelskiego, dostępna pod adresem elektronicznym: <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>.

NFZ) był zgodny z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Poza ww. zakresami świadczeń AOS dla dzieci w rejestrze INTERMED wpisane zostały następujące komórki organizacyjne:

- poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci z datą rozpoczęcia działalności od 1 listopada 2015 r.;
- poradnia pediatryczna od 31 października 2016 r.;
- poradnia preluksacyjna od 31 października 2016 r.;
- poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci od 31 października 2016 r.;
- poradnia dermatologiczna dla dzieci od 31 października 2016 r.;
- poradnia żywieniowa dla dzieci od 1 maja 2023 r.;
- poradnia hematologiczna dla dzieci od 18 marca 2024 r.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wymienione poradnie za wyjątkiem poradni hematologicznej dla dzieci funkcjonowały w zakresie udzielania świadczeń komercyjnych. Poradnia hematologiczna dla dzieci została zgłoszona w związku z ogłoszonym konkursem NFZ w zakresie świadczeń hematologicznych dla dzieci. Warunkiem przystąpienia do konkursu było posiadanie w swojej strukturze specjalistycznej poradni. Ponieważ INTERMED nie uzyskał kontraktu w ww. zakresie nie wyrejestrowano tej poradni, gdyż nowe postępowanie miało być ogłoszone w III lub w IV kwartale br. W przypadku braku ogłoszenia nowego postępowania w tym zakresie w 2024 r., poradnia zostanie wyrejestrowana w ciągu 7 dni licząc od 10 stycznia 2025 r.

(akta kontroli str. 4-46, 48-131, 675-678, 792-799)

Regulamin organizacyjny obowiązujący w INTERMED od 9 listopada 2017 r. oraz kolejne wprowadzone od 30 czerwca 2023 r. i 18 marca 2024 r. zawierały zapisy dotyczące: miejsc udzielania świadczeń, celów i zadań podmiotu, rodzajów działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, sposobu kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi podmiotu, struktury organizacyjnej, zadań i organizacji poszczególnych komórek organizacyjnych oraz warunków ich współdziałania, przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warunków współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi, prowadzenia dokumentacji medycznej i opłat za jej udostępnianie oraz wysokości opłat i organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych. Regulamin organizacyjny (wersja z 18 marca 2024 r.) odpowiadał wymaganiom określonym w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹.

(akta kontroli str. 25-46)

Działalność medyczną prowadzono na dwóch kondygnacjach budynku przy ul. Głowackiego 35 w Lublinie. Budynek posiadał wydzielone wejście z zewnątrz z podjazdem dla osób niepełnosprawnych. Na parterze budynku znajdowało się pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Obiekt został wyposażony w windę¹⁰.

Na dwóch tablicach informacyjnych w INTERMED podano do wiadomości pacjentów informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, w tym AOS dla dzieci. Podano również imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń. Na tablicach tych nie umieszczono natomiast informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, co było niezgodnie z § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

¹⁰ W związku z trwającym remontem, od 5 sierpnia 2024 r. winda została wyłączona z ruchu.

8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹ i zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto na tablicach umieszczono informacje, które świadczeniodawca był zobowiązany podać zgodnie z § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, tj. m.in.:

- zasady zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- tryb składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- prawa pacjenta;
- zasady potwierdzania prawa do świadczeń;
- adresy oraz numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ oraz adres i numer telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Na zewnątrz budynku, w którym udzielano świadczeń, w miejscu ogólnie dostępnym umieszczono tablicę ze znakiem graficznym NFZ, zgodnym ze wzorem określonym przez Prezesa Funduszu.

(akta kontroli str. 475-502, 535-540)

W przypadku porad specjalistycznych udzielanych w poddanych oględzinom poradniach AOS: neurologicznej, endokrynologicznej i okulistycznej dla dzieci spełnione zostały warunki ich realizacji określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹², tj.:

- personel medyczny udzielający świadczeń posiadał wymagane kwalifikacje;
- spełniono wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (w niektórych poradniach np. okulistycznej dla dzieci - wyposażenie wykraczało poza minimalne wymogi określone w przepisach prawa);
- zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych na miejscu w INTERMED (np. w pracowni EEG, USG, gabinecie diagnostyczno-zabiegowym) lub poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną poradni było zgodne z umową zawartą z NFZ¹³.

(akta kontroli str. 439-534, 726-735)

Podstawową formą zatrudnienia personelu w INTERMED były umowy cywilnoprawne. W okresie objętym kontrolą nie zachodziły istotne zmiany liczby personelu udzielającego świadczeń. Wg stanu na 30 czerwca 2024 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało 18 lekarzy, cztery pielęgniarki i jeden dietetyk.

¹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie OWU.

¹² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń AOS.

¹³ Wyposażenie znajdujące się w pomieszczeniach poradni dziecięcych AOS: neurologicznej, endokrynologicznej i okulistycznej było zgodne z raportem „Zgłoszenie zmian do umowy” wygenerowanym 16 października 2024 r. z systemu zarządzania obiegiem informacji (SZOI).

W poradni okulistycznej dla dzieci w 2021 r. i w 2022 r. zatrudniano siedmiu lekarzy specjalistów okulistyki, w 2023 r. – dziewięciu lekarzy specjalistów okulistyki, a w 2024 r. – siedmiu lekarzy specjalistów okulistyki i jedną pielęgniarkę – specjalistę pielęgniarstwa pediatrycznego. Średni wiek personelu w poradni w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 58, 59, 54 oraz 49 lat.

W poradni neonatologicznej w 2021 r. i w 2022 r. zatrudniano trzech lekarzy specjalistów neonatologii, w 2023 r. – czterech lekarzy specjalistów neonatologii, a w 2024 r. – trzech lekarzy specjalistów neonatologii i jedną pielęgniarkę – specjalistę pielęgniarstwa pediatrycznego. Średni wiek personelu w poradni w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 67, 68, 61 oraz 61 lat.

W poradni neurologicznej dla dzieci w 2021 r. zatrudniano trzech lekarzy specjalistów neurologii dziecięcej, w 2022 r. – pięciu lekarzy specjalistów neurologii dziecięcej, w 2023 r. – siedmiu lekarzy specjalistów neurologii dziecięcej, a w 2024 r. – trzech lekarzy specjalistów neurologii dziecięcej i jedną pielęgniarkę – specjalistę pielęgniarstwa pediatrycznego. Średni wiek personelu w poradni w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 57, 56, 55 oraz 58 lat.

W poradni diabetologicznej dla dzieci w 2021 r., 2022 r. i w 2023 r. zatrudniano dwóch lekarzy specjalistów diabetologii, jednego lekarza specjalistę endokrynologii i diabetologii dziecięcej i jedną pielęgniarkę, a w 2024 r. – dwóch lekarzy specjalistów diabetologii, jednego dietetyka i jedną pielęgniarkę – specjalistę pielęgniarstwa pediatrycznego. Średni wiek personelu w poradni w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 53, 54, 54 i 50 lat.

W poradni endokrynologicznej dla dzieci w 2021 r., 2022 r. i w 2023 r. zatrudniano jednego lekarza specjalistę endokrynologii, dwóch lekarzy specjalistów endokrynologii i diabetologii dziecięcej i dwie pielęgniarki – specjalistów pielęgniarstwa pediatrycznego, a w 2024 r. – jednego lekarza specjalistę endokrynologii, trzech lekarzy specjalistów endokrynologii i diabetologii dziecięcej i dwie pielęgniarki – specjalistów pielęgniarstwa pediatrycznego. Średni wiek personelu w poradni w tych latach wynosił odpowiednio: 55, 56, 57 oraz 54 lata.

(akta kontroli str. 141-155, 726-735)

Udzielający świadczeń lekarze i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ. Zmiany personelu zgłaszane były drogą elektroniczną do LOW NFZ i aktualizowane. W 2023 r. dokonano 34 zgłoszeń zmian w SZOI (w różnym zakresie). Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami zgłoszonymi do NFZ.

Na stronie internetowej Spółki zaprezentowane zostały dane dotyczące czasu pracy poszczególnych lekarzy Poradni AOS dla dzieci i dorosłych oraz realizowanych wizyt komercyjnych. W 15 przypadkach zaprezentowane tam dane były rozbieżne lub niezgodne z danymi faktycznymi i zaprezentowanymi w SZOI (według stanu na 16 października 2024 r.).

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wymienione nieścisłości wystąpiły z powodu błędów, nieprawidłowych zmian i aktualizacji godzin pracy zamieszczonych na stronie internetowej i w systemie SZOI przez firmy komputerowe obsługujące system i stronę internetową Spółki. SZM INTERMED Sp. z o.o. zobowiązuje się we współpracy z ww. firmami do weryfikacji, uaktualnienia i sprostowania harmonogramów zatrudnionych lekarzy w systemie SZOI, na stronie internetowej Spółki, a także na tablicach informacyjnych dla pacjentów w siedzibie Spółki. Jednocześnie Prezes Zarządu SZM INTERMED oświadczył, że porady komercyjne są dokonywane zawsze poza godzinami przyjęć pacjentów w ramach realizacji kontraktu z NFZ.

(akta kontroli str. 141-155, 782-787, 791-799)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że SZM INTERMED przez cały czas obowiązywania umowy z NFZ dysponował kadrą medyczną, która w pełni zapewniała wykonanie kontraktu wynikającego z umowy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Chęć zwiększenia dostępności nielimitowanych świadczeń w AOS w poradniach dla dzieci sprawiła, że nieustająco poszukiwani są lekarze chcący świadczyć porady dla dzieci w ramach umowy z NFZ. Największe zapotrzebowanie na świadczenia AOS dotyczą poradni endokrynologicznej dla dzieci i w tej samej poradni występuje największy problem z pozyskaniem oraz utrzymaniem lekarzy specjalistów w zakresie endokrynologii dziecięcej.

(akta kontroli str. 132-135)

Poziom realizacji umowy z NFZ w zakresach AOS dla dzieci w latach 2021-2024 (I półrocze) przedstawiał się następująco:

- w 2021 r. wartość jednostek rozliczeniowych w umowie wyniosła 389,5 tys. zł, a faktyczne wykonanie umowy 535,1 tys. zł, tj. 137,4%, wystawiono faktury na kwotę 505,6 tys. zł;
- w 2022 r. wartość umowy wyniosła 529,5 tys. zł, a faktyczne wykonanie 1049,0 tys. zł, tj. 198,1%, wystawiono faktury na kwotę 1048,4 tys. zł;
- w 2023 r. wartość umowy wyniosła 665,9 tys. zł, a faktyczne wykonanie 1850,5 tys. zł, tj. 277,9%, wystawiono faktury na kwotę 1849,5 tys. zł;
- w I półroczu 2024 r. wartość umowy wyniosła 330,7 tys. zł, a faktyczne wykonanie 1059,3 tys. zł, tj. 320,3%¹⁴, wystawiono faktury na kwotę 683,5 tys. zł.

Zafakturowane świadczenia udzielone powyżej kwot zobowiązań określonych w umowie zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

W latach 2021-2024 (III kwartały) w poradniach AOS dla dzieci (diabetologicznej, endokrynologicznej, neurologicznej, okulistycznej i neonatologicznej) udzielono łącznie 39 893 świadczeń (usług) na rzecz 20 282 pacjentów w wieku 0-17 lat, w tym w 2021 r. było to 3080 pacjentów, w 2022 r. – 4673, w 2023 r. – 6103, a w 2024 r. (do końca III kwartału z umów nr 030002128240001 i 030002128240005) – 6426 pacjentów. Liczba udzielonych świadczeń (usług) w poszczególnych latach wyniosła odpowiednio: 5910, 9463, 13 661 i 10 859.

W latach 2021-2024 (do 30 września) nie dochodziło w INTERMED do planowanych przerw w udzielaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci finansowanych ze środków NFZ. W związku z powyższym nie stosowano procedury, o której mowa w § 9 ust. 2 i 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

(akta kontroli str. 132-135, 415-425, 726-735)

1.2. Przy rejestracji pacjentów w INTERMED obowiązywały zasady opisane w dokumencie *Sposób przyjmowania pacjentów w SZM INTERMED. Zapisy na porady i wizyty, w tym także domowe*. Dokument ten został zamieszczony na tablicach informacyjnych w poczekalni INTERMED¹⁵.

Zapisy na wizyty do lekarzy prowadzone były w godzinach pracy rejestracji od poniedziałku do piątku (od 8.00 do 19.00). Zapisy odbywały się osobiście, telefonicznie oraz poprzez rejestrację online. Na stronie internetowej Spółki¹⁶ znajdowała się zakładka „rejestracja online”, za pomocą której następowało

¹⁴ Umowa nr (wg SZOI) 030002128240001 była realizowana do końca sierpnia 2024 r. Wartość jednostek rozliczeniowych określona w umowie na okres od 1 stycznia do 31 sierpnia 2024 r. wynosiła 332,2 tys. zł, a faktyczne wykonanie świadczeń za ten okres 1292,4 tys. zł. W umowie nr (wg SZOI) 030002128240005 realizowanej od 1 lipca 2024 r., a dla nowo zakontraktowanych świadczeń – od 1 września 2024 r., łączna wartość jednostek rozliczeniowych wyniosła 353,9 tys. zł.

¹⁵ W dokumencie tym opisano m.in. zasady rejestracji, zasady zgłaszania wizyt domowych, wykaz osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zapisów do lekarzy specjalistów i zapisów na listę oczekujących.

¹⁶ <https://intermed.net.pl>

przekierowanie na platformę OSOZ¹⁷ umożliwiającą umówienie wizyty do lekarza w INTERMED, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady. Przy zapisie wymagano podania następujących danych: nazwy poradni specjalistycznej, imienia i nazwiska pacjenta, numeru PESEL, adresu zamieszkania i kodu skierowania. Pacjenci otrzymywali informacje na temat daty i godziny wizyty oraz nazwiska lekarza przyjmującego.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w SZM INTERMED jest możliwość rejestracji pacjentów drogą elektroniczną (od września 2020 r.) oraz aktywne powiadamianie sms o terminie udzielenia świadczenia (od lutego 2021 r.). Do wszystkich poradni AOS finansowanych ze środków NFZ zapisy na wizyty pierwszorazowe i kolejne prowadzone były na bieżąco. Wyjątkiem była poradnia endokrynologii dziecięcej, do której rejestracja na wizyty kolejne do dwóch z czterech lekarzy była realizowana raz na kwartał. Spowodowane to było dużym zapotrzebowaniem na porady z zakresu endokrynologii dziecięcej oraz brakiem zgody lekarzy na określenie dni i godzin przyjmowania pacjentów w terminie dłuższym niż 3 miesiące.

Prezes Zarządu w dniu 26 listopada 2024 r. poinformował, że od 19 listopada 2024 r. został zmieniony system rejestracji do poradni endokrynologicznej dla dzieci i w chwili obecnej rejestracja odbywa się na bieżąco i nie są już wyznaczane dni zapisów dla żadnego z lekarzy ww. poradni.

(akta kontroli str. 132-138, 426-438, 767-768)

Harmonogram przyjęć prowadzony był elektronicznie w zintegrowanym systemie informatycznym obsługi przychodni przez rejestratorki, pielęgniarki. Lista oczekujących dla pacjentów poradni endokrynologicznej dla dzieci i dorosłych prowadzona była od 2019 r. w aplikacji AP-KOLCE¹⁸. Pisemne informacje o możliwości zapisania się na listy oczekujących znajdowały się również na tablicach informacyjnych w poczekalni INTERMED.

W trakcie oględzin funkcjonowania harmonogramu przyjęć¹⁹ na świadczenia w INTERMED w I kwartale 2023 r. stwierdzono m.in. że w harmonogramie przyjęć wpisywano:

- dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰ (w związku z art. 19a ust. 4 pkt 1 tej ustawy), tj.: datę i godzinę wpisu, identyfikator skierowania, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie²¹, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- dane, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. dotyczące terminów udzielania świadczeń;
- kategorię świadczeniobiorcy, zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach;
- datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć, zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 4 ustawy o świadczeniach;
- zakwalifikowanie świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do kryterium medycznego „przypadek stabilny” lub „przypadek pilny” następowało na podstawie przedstawionego przez pacjenta skierowania do

¹⁷ www.lekarzebez kolejki.pl

¹⁸ Aplikacja Kolejki Centralne – udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

¹⁹ W trakcie oględzin weryfikowano dane wprowadzane do modułu terminarz oraz dane zaprezentowane w raporcie karta kolejki oczekujących (prowadzonej dla pacjentów pierwszorazowych).

²⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach.

²¹ Pacjenci korzystający z rejestracji online (samodzielnie logujący się w ramach platformy www.lekarzebez kolejki.pl) wymagali wykonania dodatkowych czynności (potwierdzenia) przez rejestratorki. Pacjenci rejestrujący się online nie wpisywali kodu rozpoznania lub powodu przyjęcia.

poradni AOS, w którym lekarz kierujący określał rodzaj przypadku. W toku kontroli stwierdzono jeden przypadek błędnie wpisanego kryterium medycznego świadczeniobiorcy, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- wpisów do harmonogramu przyjęć dokonywano każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę;
- w wybranych przypadkach w systemie korzystano z możliwości wpisywania pomocniczych powiadomień dla lekarzy o danym pacjencie, np. o brakujących dokumentach, błędnie wystawionym skierowaniu lub o formie umówionej wizyty – teleporada.

W trakcie kontroli stwierdzono przypadki przyjmowania pacjentów pierwszorazowych, bez wpisania ich na listę oczekujących w harmonogramie przyjęć, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Stwierdzono także przypadek wizyty komercyjnej pacjenta, umieszczonej w kolejce oczekujących, co również opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 426-438, 541-670, 769)

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń (przypadków stabilnych), na 31 grudnia: 2021 r., 2022 r., 2023 r. oraz 30 czerwca 2024 r. w poszczególnych poradniach dziecięcych wynosił odpowiednio:

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

Przypadki pilne przyjmowano na bieżąco.

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń (dotyczy przypadków stabilnych), na dzień 31 grudnia: 2021 r., 2022 r., 2023 r. oraz 30 czerwca 2024 r. w poszczególnych poradniach dziecięcych wynosiła odpowiednio:

- w poradni okulistycznej dla dzieci: 14, 12, 32 i 33 osoby;
- w poradni neurologicznej dla dzieci: 40, 21, 146 i 140 osób;
- w poradni endokrynologicznej dla dzieci: 3, 22, 82 i 48 osób;
- w poradni diabetologicznej dla dzieci: 0, 0, 3 i 3 osoby;
- w poradni neonatologicznej: 11, 13, 6 i 19 osób.

Pacjenci ze skierowaniem „przypadek pilny” przyjmowani byli na bieżąco.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wydłużenie się średniego czasu oczekiwania na wizytę w poradniach wynika ze zdecydowanie większej liczby pacjentów rejestrowanych i oczekujących przyjęcia przez specjalistów. Wiedza i świadomość społeczeństwa o możliwościach i dostępności leczenia u specjalistów zdecydowanie wzrosła w ciągu ostatnich lat. Jednocześnie poinformował, że wszystkie przypadki pacjentów z pilnym skierowaniem są realizowane na bieżąco. Ponadto wyjaśnił, że w latach 2021-2024 SZM INTERMED zwiększył liczbę zatrudnionych lekarzy w poszczególnych poradniach, a także zwiększył liczbę godzin przyjęć pacjentów.

(akta kontroli str. 139, 788-789)

W okresie objętym kontrolą w INTERMED udzielano również świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów łączności (tzw. teleporad). Najwięcej świadczeń w tej formie udzielano w poradniach dziecięcych: neurologicznej i endokrynologicznej.

(akta kontroli str. 140)

Odnosnie do trudności i ograniczeń występujących w organizowaniu udzielania świadczeń AOS dla dzieci w latach 2021-2024, Prezes Zarządu wyjaśnił, że jednym z najważniejszych czynników ograniczających udzielanie świadczeń AOS jest brak lekarzy specjalistów. Drugim ważnym czynnikiem jest brak płynności finansowej

podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, wynikających z opóźnień w przekazywaniu środków finansowych przez NFZ za wykonane świadczenia.

(akta kontroli str. 788-789)

1.3. Zgodnie z § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”.

W toku niniejszej kontroli, weryfikacji poddano dokumenty rozliczeniowe z miesiąca stycznia 2023 r. Pacjenci ujęci w raporcie statystycznym za ten okres – dane dotyczące świadczeń w zakresie okulistyki, neonatologii i endokrynologii dziecięcej były zgodne ze zbiorczą dokumentacją medyczną wygenerowaną w tym zakresie (z listą przyjęć).

Przedstawiona dokumentacja zbiorcza (lista przyjęć) za styczeń 2023 r. zawierała następujące elementy:

- numer identyfikacyjny, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta;
- oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza);
- datę rezerwacji wizyty (wraz z podaniem godziny) i datę zgłoszenia się pacjenta i wykonania usługi;
- rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- cenę usługi;
- tryb przyjęcia;
- nazwę poradni.

Łączna wartość udzielonych świadczeń AOS dla dzieci zafakturowana²² w styczniu 2023 r. wyniosła 48 104,48 zł. Świadczenia te zostały sfinansowane przez publicznego płatnika – NFZ.

(akta kontroli str. 711-725, 792-799)

1.4. W Spółce opracowano i stosowano procedury „Dokumentacja medyczna”, „Instrukcja archiwizowania danych przez użytkownika” oraz „Instrukcja przetwarzania danych w systemie informatycznym”.

Dokumentacja medyczna w INTERMED od 2017 r. prowadzona była w postaci elektronicznej. System informatyczny zapewniał osobom uprawnionym, w zakresie nadanych uprawnień, stały dostęp do dokumentacji medycznej prowadzonej w tej formie. Uprawnienia dostępu zostały nadane w zakresach właściwych dla wykonywanych zadań przez poszczególne osoby. W systemie zapewniono również zabezpieczenie danych przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione. Systematycznie tworzone kopie zapasowe baz danych systemu medycznego i przechowywano je w pomieszczeniach odrębnych od tych, w których eksploatowano dane na bieżąco. Stosowano aktualizacje oprogramowania oraz ochronę antywirusową (zgodnie z procedurami wewnętrznymi).

Prezes Zarządu oświadczył, że w latach 2021-2024 (do 26 listopada) w INTERMED nie odnotowano żadnych incydentów naruszających zasady bezpiecznego przetwarzania danych pacjentów w systemie informatycznym. Wyjaśnił również, że Spółka systematycznie szacowała ryzyko w odniesieniu do dokumentacji medycznej opierając się na dokumentacji technicznej i szacowaniu ryzyka przez producenta systemu informatycznego wykorzystywanego w INTERMED.

W toku kontroli stwierdzono, że część lekarzy prowadziło dokumentację medyczną w formie papierowej, a do systemu informatycznego wprowadzano dane w zakresie

²² Z uwzględnieniem faktur korygujących.

niezbędnym do rozliczenia wykonanej usługi z LOW NFZ. Do dokumentacji medycznej w formie papierowej dołączano również wyniki badań, dostarczone w wersji papierowej, skierowania wystawione dzieciom nieposiadającym numeru PESEL. Dokumentacja papierowa przechowywana była w kopertach z oznaczonym imieniem, nazwiskiem i numerem PESEL pacjenta, w zamykanych szufladach (łącznie w 120 szufladach) w zamykanym pomieszczeniu rejestracji przychodni.

Dyrektor Przychodni oświadczył, że upoważnione pielęgniarki – wszystkie rejestratorki posiadały własny klucz do pomieszczenia rejestracji (pomieszczenie było otwierane kluczem pielęgniarki dyżurnej pracującej danego dnia).

W pomieszczeniu rejestracji znajdował się także serwer (w szafie serwerowej zamykanej na klucz) oraz skrzynka rozdzielcza i zamykana szafka z kluczami do gabinetów lekarskich i innych pomieszczeń.

(akta kontroli str. 541-670, 684-710, 764-768)

Z lekarzami specjalistami wykonującymi świadczenia w AOS dla dzieci, INTERMED zawarł umowy cywilnoprawne, w których strony uzgodniły, że wszelką dokumentację lekarską dotyczącą działalności prowadzonej na podstawie umów przechowywać będzie SZM INTERMED. W umowie zapisano także, że zleceniobiorcy (lekarze) ponoszą całkowitą odpowiedzialność finansową za skutki swojej działalności medycznej i są zobowiązani do pokrycia roszczeń finansowych ze strony NFZ m.in. za braki formalne w dokumentacji medycznej prowadzonej niezgodnie z wymaganiami odpowiednich ustaw i rozporządzeń.

(akta kontroli str. 726-735)

W wyniku badania sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej i jej zgodności z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²³, przeprowadzonego na próbie 20 wybranych pacjentów pierwszorazowych przyjętych w I kwartale 2023 r. stwierdzono m.in., że:

- w 15 przypadkach dokumentację medyczną (historie zdrowia i choroby) prowadzono wyłącznie w formie elektronicznej, a w pięciu przypadkach w formie papierowej i elektronicznie jednocześnie – co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w dokumentacji medycznej znajdowały się dane pacjentów pozwalające na ustalenie ich tożsamości, tj. imię i nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania;
- w 20 przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentów (osób małoletnich) nie wpisano imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania ich przedstawiciela ustawowego, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w 20 przypadkach do systemu wprowadzono prawidłowe i pełne oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń;
- w 13 przypadkach²⁴ w dokumentacji medycznej brak było wpisów/informacji z wywiadu medycznego w zakresie ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów tj. określonym w § 38 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. W pozostałych przeanalizowanych przypadkach wpisy w dokumentacji zawierały dane w takim zakresie.

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 798. Dalej: rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

²⁴ Dotyczyło to pacjentów pierwszorazowych następujących poradni AOS dla dzieci: sześciu pacjentów poradni neurologicznej, pięciu - poradni okulistycznej i dwóch - poradni neonatologicznej.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że Zarząd SZM INTERMED Sp. z o.o. zwróci uwagę i poinformuje lekarzy o konieczności prowadzenia prawidłowej dokumentacji medycznej, stawiania prawidłowej diagnozy oraz preskrypcji leków zgodnie z podpisanymi umowami z SZM INTERMED. Jednocześnie SZM INTERMED zobowiązuje się do okresowej weryfikacji i kontroli prowadzonej dokumentacji medycznej;

- w historiach zdrowia i choroby udzielonych porad ambulatoryjnych zawarte były wpisy m.in. w następującym zakresie: data porady ambulatoryjnej, dane z badania przedmiotowego; rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu; informacja o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach; adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne²⁵ wydanych pacjentowi oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne²⁶; wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem; wyniki konsultacji; opis innych udzielonych świadczeń zdrowotnych; adnotacje o zleceniu transportu sanitarnego; adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy; oznaczenie osoby udzielającej świadczeń;
- wpisy w dokumentacji medycznej odbywały się w dniu zrealizowanej wizyty specjalistycznej (we wszystkich przypadkach data sporządzenia (wpisu) była identyczna jak data udzielonej porady ambulatoryjnej);
- pierwsza strona wydruku indywidualnej dokumentacji medycznej zawierała oznaczenie pacjenta. Jednak w żadnym przypadku strony wydruków dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej nie były numerowane, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- nie stwierdzono skreśleń w dokumentacji papierowej, wpisy dokonywane były czytelnie i chronologicznie. Dokumentacja papierowa zawierała oznaczenie pacjenta.

Prezes Zarządu oświadczył, że w I kwartale 2023 r. w elektronicznej dokumentacji medycznej prowadzonej w INTERMED nie dokonywano żadnych zmian.

(akta kontroli str. 541-670, 675-679, 764-768)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Spółki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezamieszczenie w miejscu udzielania świadczeń informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, co stanowiło naruszenie § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

Przedmiotową informację zamieszczono w trakcie trwania kontroli NIK.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że każdy pacjent podczas rejestracji był informowany ustnie o posiadanych udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych w Przychodni. Jednocześnie poinformował, że w dniu 28 października 2024 r. zamieszczona została informacja o posiadanych udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych na tablicach informacyjnych znajdujących się w Przychodni. Ponadto poinformował, że placówka posiada również Kartę Praw Pacjenta i informację o posiadanych udogodnieniach w języku Braille'a dla osób niedowidzących, które znajdują się w rejestracji Przychodni.

(akta kontroli str. 475-489, 535-539)

²⁵ Np. recepty na okulary.

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 686.

2. Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej²⁷ i papierowej jednocześnie, tj. w pięciu przypadkach historii zdrowia i choroby prowadzone były przez dwóch lekarzy (endokrynologa i neonatologa) w formie papierowej, a do systemu elektronicznego wprowadzano dane niezbędne do rozliczenia wizyty z LOW NFZ. Stanowiło to naruszenie § 1 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej z postaci, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w wyniku popełnionych błędów część dokumentacji została wprowadzona w formie elektronicznej, a część w formie papierowej. Stwierdzone podczas kontroli przypadki były sporadycznymi przypadkami. Większość dokumentacji prowadzona jest w formie elektronicznej. Jednocześnie oświadczył, że Zarząd SZM INTERMED Sp. z o.o. dołoży wszelkich starań, aby cała dokumentacja była prowadzona w postaci elektronicznej. Lekarze zostaną ponownie pouczeni o konieczności prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej;

(akta kontroli str. 577-589, 649-670, 764-768)

3. Udzielenie w I kwartale 2023 r. świadczeń 15 pacjentom²⁸ z pominięciem wpisania na listę oczekujących na wizytę pierwszorazową w harmonogramie przyjęć. Dotyczyło to:

- czterech pacjentów poradni okulistycznej dla dzieci (wszyscy ze skierowaniem zwykłym), przyjęci w trybie „na bieżąco”;
- pięciu pacjentów poradni neurologicznej (dwóch ze skierowaniem „cito” i trzech ze skierowaniem zwykłym), przyjętych w trybie „na bieżąco”;
- sześciu pacjentów poradni endokrynologicznej dla dzieci (pięciu ze skierowaniem „cito” i jeden ze skierowaniem zwykłym), przyjętych w trybie „na bieżąco” (pacjentów tych nie wpisano na listę oczekujących w aplikacji AP-KOLCE).

Powyższe było niezgodne z art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Było to również niezgodne z § 1 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 zdrowotnej²⁹, który stanowi, że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 8 ust. 3 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 publicznych³⁰, świadczeniodawcy udzielający w ramach umowy z Funduszem świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do tego rozporządzenia, powinni prowadzić harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

²⁷ Dokumentacja medyczna w INTERMED prowadzona była w postaci elektronicznej od 2017 r.

²⁸ Wszyscy ci pacjenci zostali zapisani w terminarzu INTERMED co najmniej jeden dzień wcześniej przed terminem udzielenia porady.

²⁹ Dz. U. Nr 200, poz. 1661. Dalej: rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych.

³⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że pacjenci ci zostali źle wpisani do systemu komputerowego w wyniku błędów popełnionych przez pracowników Rejestracji. Oświadczył jednocześnie, że SZM INTERMED dołoży wszelkich starań i ponownie przeszkoli pracowników, aby prawidłowo dokonywali zapisów w systemie komputerowym.

(akta kontroli str. 541-670, 769, 782-787)

4. Nieprawidłowe wskazanie kategorii świadczenia „przypadek stabilny” w kolejce oczekujących w aplikacji AP-KOLCE pacjenta poradni endokrynologicznej dla dzieci, który posiadał skierowanie „cito”³¹ oraz ujęcie w kolejce oczekujących pacjenta poradni neurologicznej dla dzieci, któremu udzielono świadczenia odpłatnie (w procedurze komercyjnej)³².

Zgodnie z § 2 ust. 1 i 3 oraz § 3 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych, świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne 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,
- "przypadek stabilny" - w przypadku innym, niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a;

i umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania. W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona. Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny".

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wizyta pacjenta w poradni neurologicznej dla dzieci nie została sfinansowana ze środków NFZ, a wymienione przypadki są wynikiem błędów pracowników Rejestracji INTERMED.

(akta kontroli str. 565-570, 595-600, 675-679)

5. Zbadana dokumentacja medyczna w 20 przeanalizowanych przypadkach nie zawierała danych (tj. imienia, nazwiska i adresu) przedstawiciela ustawowego małoletnich pacjentów AOS. Było to niezgodne z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³³, który stanowi, że dokumentacja medyczna zawiera co najmniej – w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w wyniku błędu organizacyjnego, pracownicy Rejestracji nie wpisywali danych przedstawiciela ustawowego dziecka do 3 listopada 2024 r. Od dnia 4 listopada 2024 r. ww. dane są wpisywane w trakcie rejestracji pacjenta.

(akta kontroli str. 541-670, 675-679)

³¹ Pacjent posiadał skierowanie z 17 października 2022 r., został zarejestrowany i wpisany w harmonogram przyjęć 21 listopada 2022 r., a termin wizyty został wyznaczony na 12 stycznia 2023 r. Wizytę zrealizowano w wyznaczonym terminie.

³² Pacjent nie posiadał skierowania, w liście oczekujących pacjent umieszczony z kategorią „stabilny”.

³³ Dz. U. z 2024 r., poz. 581.

6. System informatyczny, w którym prowadzono dokumentację medyczną w formie elektronicznej nie zapewniał numerowania stron wydruku dokumentacji, co było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że SZM INTERMED jako użytkownik programu nie ma możliwości ingerencji w system i dokonywania własnych poprawek w systemie, które umożliwiłyby stronom nadawanie kolejnych numerów. W przypadku udostępniania dokumentacji pacjentom przekazywany jest bieżący wydruk, który jest chronologicznie spójny.

NIK zauważyła, że podmiot leczniczy podejmując decyzję o zakupie systemu komputerowego umożliwiającego prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej powinien określić i żądać od dostawcy oprogramowania pełnej zgodności programu z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.

(akta kontroli str. 541-670, 675-679)

OCENA CZĄSTKOWA

W INTERMED świadczeń AOS dla dzieci udzielali wykwalifikowani lekarze specjaliści. Spełnione zostały warunki realizacji usług dotyczące czasu udzielania oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Zapewniono również wymagany dostęp do badań i procedur medycznych na miejscu w INTERMED lub poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami. Dokumentacja rozliczeniowa z NFZ prowadzona była prawidłowo. Zabezpieczenie dokumentacji medycznej pacjentów (prowadzonej w formie elektronicznej) było zgodne z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznymi uregulowaniami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności przypadków udzielania świadczeń z pominięciem kolejki oczekujących, błędnego wpisywania do harmonogramu kategorii medycznej pacjenta oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci papierowej i elektronicznej jednocześnie. Ponadto we wszystkich zbadanych przypadkach w dokumentacji medycznej nie podawano danych przedstawiciela ustawowego małoletnich pacjentów.

OBSZAR

2. Współpraca AOS z POZ w obszarze udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

2.1. System informatyczny INTERMED umożliwiał wymianę informacji z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej lub z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na temat kierowanych pacjentów.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w systemie informatycznym wykorzystywanym do prowadzenia dokumentacji medycznej była możliwość wpisania informacji o kontynuacji leczenia przez specjalistę, wypisanych lekach oraz ich dawkowaniu. Lekarz specjalista na koniec wizyty miał możliwość wydrukowania uzupełnionego dokumentu i przekazania pacjentowi, informując jednocześnie że powinien go przekazać lekarzowi kierującemu w POZ.

Sposób zapewnienia przekazywania informacji o pacjentach lekarzom kierującym zbadano na próbie dokumentacji medycznej 20 pacjentów urodzonych³⁴ w 2005 r., przyjętych przez kontrolowany podmiot w 2023 r. W toku niniejszego badania ustalono m.in., że:

- w dziewięciu przypadkach³⁵ w dokumentacji medycznej znajdowały się informacje o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci

³⁴ Wybrani pacjenci ukończyli 18 rok życia w 2023 r. i wcześniej leczyli się w kontrolowanym podmiocie z powodu chorób/choroby przewlekłej. Wybrano pacjentów, którzy odbyli przynajmniej trzy wizyty u lekarza specjalisty.

³⁵ W tym sześć dotyczyło pacjentów poradni endokrynologicznej dla dzieci i trzy – poradni neurologicznej dziecięcej.

informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej (w trzech przypadkach wydano dwie informacje – podczas wizyty pierwszorazowej i kolejnych, a w sześciu przypadkach wydano jedną informację – w czterech sytuacjach odbyło się to podczas wizyt pierwszorazowych, a w dwóch podczas kolejnych);

- w 11 przypadkach³⁶ w dokumentacji medycznej nie było żadnej informacji o wydaniu pisemnej informacji dla kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wg dokumentacji medycznej analizowanych pacjentów, w okresie od 29 maja 2020 r. do 13 grudnia 2023 r. (skrajne daty zrealizowanych wizyt), pacjenci odbyli w poradniach od trzech do 13 wizyt specjalistycznych³⁷;
- w trzech przypadkach pacjenci po uzyskaniu pełnoletności kontynuowali leczenie w danej poradni specjalistycznej dla dorosłych w INTERMED³⁸, a w pozostałych 17 przypadkach – nie kontynuowali leczenia;
- w dziewięciu przypadkach pacjentom przed skierowaniem do AOS wykonano wcześniej badania diagnostyczne w ramach POZ (dotyczyło to pacjentów kierowanych do poradni endokrynologicznej dla dzieci). Wyniki wykonanych wcześniej badań zostały opisane w dokumentacji medycznej pacjentów. W pozostałych przypadkach – w wywiadzie medycznym dokumentacji pacjenta brak było informacji o wykonanych badaniach zleconych przez lekarza POZ;
- w dwóch przypadkach lekarze kierujący POZ dołączyli informacje o dotychczasowym leczeniu pacjentów – w jednym przypadku była to karta informacyjna ze szpitala, a w drugim – odnotowano stosowne informacje w wywiadzie medycznym dokumentacji pacjenta). W pozostałych przypadkach nie dołączone zostały żadne informacje o dotychczasowym leczeniu;
- w trzech przypadkach dotyczących pacjentów poradni endokrynologicznej dla dzieci na ostatniej wizycie, wydane zostało skierowanie do poradni endokrynologicznej dla dorosłych.

(akta kontroli str. 535-539, 736-763)

Odnośnie do zapewnienia opieki specjalistycznej nad pacjentami po osiągnięciu przez nich dorosłości, Prezes Zarządu wyjaśnił, że pacjent po ukończeniu 18 roku życia nie może być dalej leczony w poradni dziecięcej, dlatego specjalista może sugerować kto może poprowadzić dalsze leczenie ale lekarz nie ma wpływu na termin przyjęcia w poradni dla dorosłych. Informacja o dotychczasowym leczeniu może być udostępniona w postaci kopii całej dokumentacji medycznej. Korzystna byłaby możliwość badania tzw. młodych dorosłych przez około 12 miesięcy w poradni dziecięcej i w tym okresie rozpoczęcia pierwszych wizyt w poradni dla dorosłych.

Prezes Zarządu wyjaśnił także, że większość pacjentów nie ma badań wstępnych od lekarza rodzinnego. Podstawowe badania np. endokrynologiczne ma około 20% pacjentów zleconych przez POZ. Wstępne badania wykonane przed pierwszą wizytą u specjalisty znacznie przyspieszyłyby diagnozę i leczenie.

(akta kontroli str. 535-539)

³⁶ Dotyczyło to: trzech pacjentów poradni endokrynologicznej dla dzieci, trzech pacjentów poradni neurologicznej dziecięcej, trzech pacjentów poradni okulistycznej dla dzieci i dwóch – poradni diabetologicznej dla dzieci.

³⁷ Trzy wizyty – czterech pacjentów, cztery – czterech pacjentów, pięć – czterech pacjentów, sześć – jeden pacjent, siedem – dwóch pacjentów, osiem – dwóch pacjentów, dziewięć – dwóch pacjentów i 13 – jeden pacjent.

³⁸ W dwóch przypadkach dotyczyło to poradni okulistycznej i w jednym przypadku – poradni neurologicznej.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Spółki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W 11 przypadkach spośród 20 objętych próbą badania dokumentacji medycznej pacjentów, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie dokonano wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, co było niezgodne z § 2 ust. 5 ww. rozporządzenia. Zgodnie z § 36 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby.

Ponadto, w 8 przypadkach z wpisów w dokumentacji medycznej wynikało, że ww. informacje dla lekarzy kierujących świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej wydawane były rzadziej niż raz na 12 miesięcy, w tym, w sześciu przypadkach przekazano je jednorazowo. Zgodnie z § 12 ust. 4 i 5 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 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. Informacje te lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że lekarze udzielający świadczeń AOS, w wyniku błędu nie przekazywali dokumentacji lekarzom POZ informacji dotyczących udzielanych świadczeń medycznych i zostali poinformowani o konieczności przekazywania ww. dokumentacji.

(akta kontroli str. 744-763, 764-768)

OCENA CZĄSTKOWA

W INTERMED w okresie objętym kontrolą funkcjonowały rozwiązania organizacyjne umożliwiające osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. W 19 z 20 skontrolowanych dokumentacji medycznych stwierdzono nieprawidłowości w zakresie niedokonywania w dokumentacji medycznej wewnętrznej wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub sporządzania i przekazywania przez lekarzy AOS dla dzieci stosownych informacji lekarzowi kierującemu do lekarza specjalisty z częstotliwością mniejszą niż określona w przepisach prawa.

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:

Wnioski

1. Wpisywanie na listę oczekujących na udzielenie świadczenia wszystkich pacjentów pierwszorazowych.
2. Wprowadzanie do systemu prawidłowych i kompletnych danych dotyczących pacjentów oczekujących na wizytę.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej z uwzględnieniem wszystkich wymogów obowiązujących w tym zakresie.

4. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie zamieszczania w dokumentacji medycznej informacji o sporządzaniu i przekazywaniu przez lekarzy AOS dla dzieci stosownych informacji lekarzowi kierującemu do specjalisty z częstotliwością określoną w przepisach prawa.

W związku z udostępnieniem w trakcie kontroli w miejscu udzielania świadczeń informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz rozpoczęciem rejestrowania danych przedstawicieli ustawowych małoletnich pacjentów, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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 Delegatury NIK w Lublinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek poinformowania
NIK o sposobie wykonania
wniosków

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

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

Lublin, dnia 19 grudnia 2024 r.

Kontroler

Monika Tomaszewska
Doradca ekonomiczny

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Szempruch

.....
Podpis

.....
Podpis