



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.17.3.2024

**Pani Beata Zajączkowska-Łasak
Pan Ayman Al Kusayer
Pan Andrzej Mazur
Członkowie Zarządu Przychodni
Specjalistycznej Hipoteczna 4 Sp. z o.o.**

ul. Hipoteczna 4
20-027 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Przychodnia Specjalistyczna Hipoteczna 4 Sp. z o.o., ul. Hipoteczna 4, 20-027 Lublin (dalej: Przychodnia).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Zajączkowska-Łasak, Ayman Al Kusayer Członkowie Zarządu Przychodni od 29 maja 2013 r. i Andrzej Mazur Członek Zarządu Przychodni od 5 lipca 2016 r. (dalej: Członkowie 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 Cieniuch, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/129/2024 z 2 października 2024 r. (akta kontroli str. 1, 45-63)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Działalność Przychodni w zakresie organizacji realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci była zgodna z postanowieniami umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³. Kwalifikacje personelu medycznego, czas udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność do badań spełniały warunki realizacji świadczeń. Prawidłowo rozliczano się z LOW NFZ za wykonane świadczenia zdrowotne w zakresie AOS dla dzieci. Dokumentację medyczną prowadzono w systemie informatycznym w postaci elektronicznej. W zbadanych przypadkach zawierała ona wymagane elementy za wyjątkiem danych przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej. System informatyczny pozwalał osobom udzielającym w Przychodni świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. W Przychodni prowadzono harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń. Stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające m.in. na udzieleniu w dwóch przypadkach świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących, niewpisaniu w trzech przypadkach i błędnym wpisaniu w jednym przypadku kategorii świadczeniobiorcy. Stwierdzono również przypadki niedokonywania w dokumentacji medycznej wewnętrznej pacjentów wpisów o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej.

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

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dalej: LOW NFZ.

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
Opis stanu faktycznego	W latach objętych kontrolą do Przychodni wpłynęła jedna skarga w zakresie realizacji świadczeń AOS dla dzieci (w kwietniu 2023 r.). Skarga dotyczyła rejestracji do poradni chirurgii dla dzieci. Przychodnia przekazała w tej sprawie pisemne wyjaśnienia do LOW NFZ, tj. organu rozpatrującego skargę. Skarga została rozpatrzona. Po złożeniu wyjaśnień, sprawa została zakończona. W badanym okresie w Przychodni przeprowadzono jedną kontrolę⁵ dotyczącą świadczeń AOS dla dzieci. Kontrola dotyczyła m.in. dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu otolaryngologii dziecięcej oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz jego wykorzystania. Została przeprowadzona przez konsultanta wojewódzkiego ds. otolaryngologii dziecięcej. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości. (akta kontroli str. 484) 1.1. W latach 2021-2024 (III kwartał) w Przychodni realizowano świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym świadczenia dla dzieci. W okresie objętym kontrolą Przychodnia, na podstawie umowy zawartej z NFZ⁶, udzielała świadczeń dla dzieci w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w sześciu zakresach świadczeń, tj.: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii dziecięcej, leczenia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, otolaryngologii dziecięcej, okulistyki dla dzieci, preluksacji. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci był zgodny z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁷. Poza ww. zakresami udzielanych świadczeń specjalistycznych dla dzieci w rejestrze wpisano komórkę organizacyjną – poradnię wad postawy od 8 stycznia 2024 r. Członkowie Zarządu wyjaśnili, że poradnia wad postawy została zgłoszona w związku z ogłoszonym pod koniec 2023 r. konkursem NFZ na kontrakt dotyczący prowadzenia tego typu poradni. Udział w konkursie wymagał spełnienia określonych warunków, w tym zarejestrowania poradni w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez właściwego wojewodę. Mimo spełnienia wymagań poradnia nie uzyskała kontraktu w ramach konkursu, którego rozstrzygnięcie nastąpiło w lipcu 2024 r. Jednakże w dalszym ciągu Przychodnia pozostaje zainteresowana świadczeniem usług w tym zakresie i zamierza ubiegać się o kontrakt w przyszłości, gdy tylko zostanie ogłoszone nowe postępowanie. Z tego względu zdecydowano się na utrzymanie poradni w rejestrze, ponieważ wyrejestrowanie i ponowna rejestracja wiązałyby się z dodatkowymi kosztami oraz niepotrzebnymi komplikacjami formalnymi.

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 Kontrola została przeprowadzona 15 marca 2024 r.

⁶ Umowa nr 03-11-02-03281-02 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: umowa NFZ.

⁷ Nr 000000019800.

W regulaminie organizacyjnym⁸ Przychodni opisano m.in. cele i działania podmiotu leczniczego, rodzaje działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, miejsce udzielania i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz sposób kierowania nimi, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, wysokości pobieranych opłat i prawa pacjenta. Regulamin organizacyjny odpowiadał wymaganiom określonym w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹.

(akta kontroli str. 2-44, 64-80, 439-442, 459-469: pliki nr 1-8, 470-481: pliki nr 1-70)

W Przychodni umieszczono 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 zdrowotnej¹⁰, tj. m.in.:

- godziny i miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (w tym AOS dla dzieci), a także imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń,
- informacje na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych,
- 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 Funduszu 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 NFZ, 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.

Stosownie do § 11 ust. 2 OWU na zewnątrz budynku, w którym udzielano świadczeń, w miejscu ogólnodostępnym umieszczono tablicę ze znakiem graficznym NFZ, według wzoru określonego przez Prezesa NFZ.

Budynek Przychodni posiadał wydzielone wejście z zewnątrz z podjazdem dla osób niepełnosprawnych. Na każdej kondygnacji budynku znajdowało się pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Budynek posiadał dwie windy. W rejestracji Przychodni znajdował się m.in. wózek inwalidzki dla dzieci.

(akta kontroli str. 485-493)

W poddanych oględzinom poradniach: okulistycznej, laryngologicznej i ortopedycznej dla dzieci stwierdzono, że spełnione zostały warunki realizacji porad

⁸ Zatwierdzony 31 marca 2020 r., zmieniony aneksem z 12 lipca 2023 r.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: OWU.

specjalistycznych określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹¹, tj.:

- personel medyczny udzielający świadczeń posiadał wymagane kwalifikacje,
- poradnie wyposażono w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną,
- zapewniono dostępność do badań i procedur medycznych,
- zapewniono dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego.

Wyposażenie w sprzęt ww. poradni dla dzieci było zgodne z umową z NFZ.

(akta kontroli str. 488-498)

Według stanu na 30 czerwca 2024 r. świadczeń specjalistycznych dla dzieci udzielało 19 lekarzy i siedem pielęgniarek, z tego 14 lekarzy i pięć pielęgniarek było zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, a pięciu lekarzy i dwie pielęgniarki na podstawie umów o pracę.

Udzielający świadczeń lekarze i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ. Osoby te posiadały wymagane kwalifikacje. Zmiany personelu zgłaszane były drogą elektroniczną do LOW NFZ i aktualizowane. Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami zgłoszonymi do NFZ. Natomiast w styczniu 2024 r. wystąpiła rozbieżność pomiędzy harmonogramem czasu pracy poradni chirurgicznej dla dzieci, a grafikiem pracy lekarzy udzielających w niej porad. Według harmonogramu poradnia chirurgii dla dzieci była czynna we wtorki i środy od godz. 7.30 do godz. 18.00, natomiast według grafiku pracy lekarzy tej poradni trzech lekarzy udzielało świadczeń we wtorki i środy odpowiednio w następujących godzinach: jeden lekarz od 7.30 do 15.00 i dwóch lekarzy od 15.30 do godz. 18.00. Pozostali lekarze zatrudnieni w tej poradni nie udzielali świadczeń we wtorki i środy w styczniu 2024 r.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że wystąpiły problemy wynikające z błędów osoby odpowiedzialnej za obsługę systemu informatycznego, polegające na nieprawidłowym wprowadzeniu zmian w systemie, co skutkowało niezgodnością danych. Wszelkie nieprawidłowości w tym zakresie zostały skorygowane. Wdrożono również dodatkowe procedury kontrolne, aby zapobiec podobnym sytuacjom w przyszłości. W wyjaśnieniach podkreślono, że błąd ten nie wpłynął w negatywny sposób na funkcjonowanie poradni oraz świadczenia przez nią usług.

(akta kontroli str. 87-159, 439-442, 470-481: pliki nr 1-70)

W latach 2021-2024 (II kwartał) nie zachodziły istotne zmiany liczby personelu udzielającego świadczeń. Stan liczby zatrudnionego personelu medycznego dla poszczególnych poradni wynosił:

- w poradni laryngologicznej dla dzieci: trzech lekarzy i dwie pielęgniarki w 2021 r., 2023 r. i 2024 r. oraz czterech lekarzy i dwie pielęgniarki w 2022 r. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 67, 60, 69 i 70 lat, a pielęgniarki: 62, 63, 64 i 65 lat;
- w poradni okulistycznej dla dzieci: pięciu lekarzy i jedna pielęgniarka w latach 2021-2022 oraz czterech lekarzy i jedna pielęgniarka w latach 2023-2024. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 59, 60, 55 i 56 lat, a pielęgniarki odpowiednio 58, 26, 27 i 28 lat;
- w poradni chirurgicznej dla dzieci pięciu lekarzy i jedna pielęgniarka w latach 2021-2023 oraz czterech lekarzy i jedna pielęgniarka w 2024 r. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 56, 57, 58 i 59 lat, a pielęgniarki odpowiednio 57, 58, 59 i 60 lat;

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

- w poradni gruźlicy i chorób płuc: dwóch lekarzy i jedna pielęgniarka w 2021 r. oraz jeden lekarz i jedna pielęgniarka w latach 2022-2024. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 67, 70, 71 i 72 lat, a pielęgniarki odpowiednio 69, 70, 71 i 72 lat;
- w poradni ortopedycznej dla dzieci: czterech lekarzy i jedna pielęgniarka w 2021 r. i 2023 r. oraz pięciu lekarzy i jedna pielęgniarka w 2022 r. i 2024 r. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 62, 57, 64 i 63 lat, a pielęgniarki odpowiednio 70, 71, 72 i 73 lat;
- w poradni preluksacyjnej: dwóch lekarzy i jedna pielęgniarka w latach 2021-2024. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz II kwartału 2024 r. wynosił odpowiednio: 64, 65, 66 i 67 lat, a pielęgniarki odpowiednio 70, 71, 72 i 73 lata.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że w kontrolowanym okresie Przychodnia mierzyła się z nieznacznymi niedoborami kadrowymi spowodowanymi przez pandemię COVID-19, które dotyczyły poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci. Pandemia wywołała powszechny strach, zwłaszcza wśród pracowników w starszym wieku, którzy obawiali się o swoje zdrowie z powodu większej podatności na ciężki przebieg choroby oraz powikłań związanych z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Przychodnia wystąpiła do LOW NFZ o zmniejszenie kontraktu, który wyraził na to zgodę.

W latach 2021-2024 (do 30 września) nie dochodziło do planowanych przerw w udzielaniu świadczeń AOS dla dzieci. W związku z powyższym nie stosowano procedury, określonej w § 9 ust. 2 OWU.

(akta kontroli str. 81-86, 97-141, 439-442, 470-481: pliki nr 1-70)

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

- w 2021 r. wartość umowy wyniosła 1489,5 tys. zł, a faktyczne wykonanie 1988,2 tys. zł, tj. 133,5%, wystawiono faktury na kwotę 1837,7 tys. zł;
- w 2022 r. wartość umowy wyniosła 1632,2 tys. zł, a faktyczne wykonanie 3068,1 tys. zł, tj. 188,0%, wystawiono faktury na kwotę 3067,9 tys. zł;
- w 2023 r. wartość umowy wyniosła 2167,9 tys. zł, a faktyczne wykonanie 3784,1 tys. zł, tj. 174,6%, wystawiono faktury na kwotę 3784,1 tys. zł;
- w 2024 r. (II kwartały) wartość umowy wyniosła 1280,0 tys. zł, a faktyczne wykonanie 1667,1 tys. zł, tj. 130,2%, wystawiono faktury na kwotę 1666,4 tys. zł.

Świadczenia udzielone powyżej kwot zobowiązań, określonych w umowie zostały w całości sfinansowane przez LOW NFZ.

W Przychodni w latach 2021-2024 (III kwartał) udzielono łącznie 87,2 tys. świadczeń w poradniach AOS dla dzieci o łącznej wartości 10 507,5 tys. zł na rzecz 43,1 tys. pacjentów, z tego w 2021 r. na rzecz 10,7 tys. pacjentów udzielono 22,1 tys. świadczeń, w 2022 r. dla 12,8 tys. pacjentów udzielono 27,2 tys. świadczeń, w 2023 r. dla 13,0 tys. pacjentów udzielono 26,5 tys. świadczeń, a w II kwartale 2024 r. dla 6,6 tys. pacjentów udzielono 11,4 tys. świadczeń.

(akta kontroli str. 191-197, 459-469: pliki nr 9-14, 487)

1.2. W Przychodni wprowadzono szczegółowe uregulowania dotyczące zasad rejestracji pacjentów¹². Rejestracja pacjentów odbywała się od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Przychodni. Zapisu na wizytę mógł dokonać pacjent lub osoba przez niego upoważniona, osobiście w rejestracji, telefonicznie lub internetowo¹³. Przy rejestracji pacjent otrzymywał informację dotyczącą daty i godziny wyznaczonej

¹² Określone w dokumencie Zasady rejestracji i leczenia pacjentów w poradniach AOS Przychodni Specjalistycznej „Hipoteczna 4”.

¹³ W ramach portalu lekarzebez kolejki.pl.

wizyty. W przypadku rejestracji internetowej, do pacjenta wysyłano informację zwrotną na podany przez niego adres poczty elektronicznej. Zapisy prowadzone były na bieżąco. Rejestracja elektroniczna w poradniach AOS dla dzieci dostępna była od stycznia 2024 r. Przychodnia nie prowadziła statystyk dotyczących odsetka pacjentów rejestrujących się do poradni AOS dla dzieci drogą elektroniczną.

W latach 2021-2024 (III kwartał) harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci dla pięciu poradni¹⁴ prowadzone były w systemie informatycznym Przychodni, a dla jednej poradni¹⁵ w aplikacji AP-KOLCE¹⁶. W Przychodni zapisy i prowadzenie list oczekujących odbywało się w rejestracji przez rejestratorki pod nadzorem informatyka zatrudnionego w Przychodni. Informatyk był także odpowiedzialny za bieżące prowadzenie harmonogramów Przychodni.

Na podstawie przeprowadzonych oględzin harmonogramu przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczenia w I kwartale 2023 r. stwierdzono, że harmonogram zawierał dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j (w związku art. 19a ust. 4 pkt 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷, a także dane, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 2-4 uósz, tj. m.in.: datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie, adres i numer telefonu świadczeniobiorcy, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć, kategorię świadczeniobiorcy, datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

(akta kontroli str. 64-80, 198-202, 439-445, 499-505)

Kwalifikacja pacjentów na listach oczekujących do kryterium medycznego „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny” odbywała się na podstawie dostarczonego skierowania do poradni, w których tryb udzielenia świadczenia był określony przez lekarza kierującego.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że lekarze specjaliści mają możliwość samodzielnego zakwalifikowania pacjenta do kategorii pilnej, jeżeli uznają to za konieczne z punktu widzenia jego stanu zdrowia. Działanie to, zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej, stanowi przejaw indywidualnego podejścia do potrzeb pacjenta i ma na celu zapewnienie pacjentowi najlepszej, możliwej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 293-418, 453-458)

Na podstawie wpisów do harmonogramu przyjęć, w tym kolejki oczekujących dla 20 pacjentów pierwszorazowych wpisanych I kwartale 2023 r. (w tym ośmiu skierowanych w trybie pilnym) ustalono, że:

- harmonogram przyjęć dla tych pacjentów zawierał datę i godzinę wpisu, identyfikator skierowania, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie, adres i numer telefonu świadczeniobiorcy, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- każdorazowo umieszczano datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć;
- w 14 przypadkach zakwalifikowanie świadczeniobiorcy do kategorii medycznej „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny” nastąpiło na podstawie adnotacji lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej;

¹⁴ W poradniach: gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, laryngologicznej dla dzieci, chirurgii ogólnej dla dzieci, okulistycznej dla dzieci, preluksacyjnej.

¹⁵ W poradni ortopedycznej dla dzieci.

¹⁶ Aplikacja Kolejki Centralne - aplikacja udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

¹⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm., dalej: uósz.

- w jednym przypadku¹⁸ w harmonogramie przyjęć dla pacjentów oczekujących na wizytę pierwszorazową wpisano kryterium medyczne „przypadek stabilny”, pomimo że skierowanie do poradni zostało wystawione w trybie pilnym „CITO”. Członkowie Zarządu wyjaśnili, że określenie pacjenta jako „przypadek stabilny” wynikało z oceny jego stanu w momencie rejestracji w Przychodni. Pomimo wcześniejszego urazu i prawidłowego skierowania w trybie „CITO”, stan pacjenta w chwili rejestracji był stabilny (pacjent był zaopatrzony). Tryb pilny nie oznacza automatycznie zakwalifikowania pacjenta jako przypadek niestabilny. Pacjent wcześniej otrzymał pierwszą pomoc i leczenie w szpitalu, co ustabilizowało jego stan i umożliwiło dalsze leczenie w sposób zaplanowany. Decyzja o zakwalifikowaniu pacjenta jako „przypadek stabilny” była zgodna z rzeczywistym stanem klinicznym w momencie rejestracji oraz obowiązującymi zasadami organizacji świadczeń medycznych;
- w pięciu przypadkach¹⁹ w harmonogramie przyjęć dla pacjentów oczekujących na wizytę pierwszorazową wpisano kryterium medyczne „przypadek pilny”, pomimo że skierowanie do poradni zostało wystawione w trybie zwykłym. Członkowie Zarządu wyjaśnili, że stan pacjenta może zostać oceniony jako pilny, jeśli w dniu rejestracji występują przesłanki uzasadniające taką kwalifikację, na przykład silne dolegliwości bólowe. Świadczeniodawca powinien kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta, co oznacza, że w uzasadnionych przypadkach, pomimo skierowania w trybie zwykłym, decyzja o zakwalifikowaniu pacjenta jako pilnego jest w pełni zasadna, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta i konieczność pilnej interwencji. Taka kwalifikacja jest zgodna z obowiązującymi standardami opieki medycznej i priorytetami w zapewnieniu bezpieczeństwa i komfortu pacjentów;
- w 16 przypadkach prawidłowo wpisano kategorię świadczeniobiorcy („2-oczekujący”, „5-kontynuujący leczenie”);
- w jednym przypadku²⁰ w harmonogramie przyjęć dla pacjentów oczekujących na wizytę pierwszorazową prowadzoną w aplikacji „AP-KOLCE” zamiast kategorii świadczeniobiorcy „2-oczekujący” wpisano „5-kontynuujący leczenie”, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w trzech przypadkach²¹ dla pacjentów kontynuujących leczenie w harmonogramie przyjęć nie wpisano kategorii świadczeniobiorcy „5-kontynuujący leczenie”, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- dwóm pacjentom pierwszorazowym²² udzielono świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

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

- w poradni okulistycznej dla dzieci: 0, 88, 99 i 53 dni (przypadki pilne), 69, 88, 122 i 107 dni (przypadki stabilne);
- w poradni laryngologicznej dla dzieci: 4, 5, 4 i 4 dni (przypadki pilne), 4, 5, 5 i 6 dni (przypadki stabilne);
- w poradni chirurgicznej dla dzieci: 4, 5, 4 i 4 dni (przypadki pilne), 4, 5, 5 i 4 dni (przypadki stabilne);

¹⁸ Dotyczy listy sprawdzającej nr 1.

¹⁹ Dotyczy list sprawdzających nr: 2, 4, 7, 8 i 9.

²⁰ Dotyczy listy sprawdzającej nr 19.

²¹ Dotyczy list sprawdzających nr: 8, 9 i 16.

²² Dotyczy list sprawdzających nr 3 i 5.

- w poradni gruźlicy i chorób płuc: 0 dni w każdym badanym roku (przypadki pilne), 20, 44, 38 i 46 dni (przypadki stabilne);
 - w poradni ortopedycznej dla dzieci: 27, 21, 0 i 9 dni (przypadki pilne), 42, 24, 17 i 15 dni (przypadki stabilne);
 - w poradni preluksacyjnej: 0 dni w latach 2021-2022 i 2024, 15 dni w 2023 r. (przypadki pilne), 18, 17, 15 i 12 dni (przypadki stabilne).
- (akta kontroli str. 160-190, 459-469: pliki nr 15-58)

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że czas oczekiwania na wizytę w poradniach uzależniony jest przede wszystkim od wielkości przyznanego przez NFZ kontraktu. Wysokość kontraktu determinuje liczbę zatrudnionych pracowników medycznych oraz dostępność poradni w określonym przedziale czasowym. Im większy kontrakt, tym większa liczba personelu, co przekłada się na sprawniejsze funkcjonowanie poradni i skrócenie czasu oczekiwania na wizytę. Kolejnym czynnikiem wpływającym na długość oczekiwania jest liczba pacjentów zgłaszających się do poradni. W obecnej sytuacji jedyną możliwością przyspieszenia procesu przyjmowania pacjentów byłoby zwiększenie wartości kontraktu przyznawanego przez NFZ. Zwiększenie finansowania umożliwiłoby zatrudnienie większej liczby specjalistów i wydłużenie czasu pracy poradni, co zwiększyłoby dostępność świadczeń medycznych. Obecne kontrakty są realizowane na niemal dwukrotną wartość w stosunku do dostępnych środków, co i tak nie pozwala na pełne pokrycie rosnącego zapotrzebowania.

Członkowie Zarządu wyjaśnili również, że realizacja kontraktów NFZ napotyka na istotne trudności, które wpływają na jakość i efektywność świadczeń medycznych. Do głównych problemów należą niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego i niewystarczające finansowanie kontraktów. Liczba dostępnych lekarzy jest niewystarczająca w stosunku do rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Problem ten powoduje wydłużenie czasu oczekiwania na wizyty i obniżenie dostępności świadczeń. Ponadto aktualne kontrakty finansowane są na zbyt niskim poziomie, co ogranicza możliwości zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego oraz rozwijania infrastruktury poradni. W konsekwencji utrudnia to świadczenie opieki medycznej na oczekiwanym poziomie.

(akta kontroli str. 453-458)

1.3. W raportach statystycznych za styczeń 2023 r. przekazanych do LOW NFZ w ramach rozliczenia udzielonych świadczeń podano następującą liczbę udzielonych świadczeń: 224 w zakresie okulistyki dziecięcej, 1030 z zakresu laryngologii dziecięcej, 442 z zakresu chirurgii dziecięcej, 67 z zakresu gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, 215 z zakresu preluksacji oraz 388 z zakresu ortopedii dziecięcej. Dane te były zgodne z dokumentacją zbiorczą Przychodni prowadzoną w formie wykazu przyjęć. Wykaz przyjęć zawierał wszystkie elementy wymagane przez § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²³, tj. numer kolejnego pacjenta, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię, nazwisko i numer PESEL oraz adres zamieszkania pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. Łączna wartość udzielonych świadczeń wyniosła 309 tys. zł. Świadczenia te zostały w całości sfinansowane przez LOW NFZ.

(akta kontroli str. 191-197, 482-483: plik nr 6)

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

1.4. Na podstawie badania prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej przeprowadzonego na próbie 20 pacjentów pierwszorazowych, wpisanych do harmonogramów w I kwartale 2023 r. stwierdzono, że:

- dokumentacja medyczna prowadzona była w formie elektronicznej;
- w dokumentacji medycznej znajdowały się dane pacjentów pozwalające na ustalenie ich tożsamości, tj. imię i nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania;
- we wszystkich przypadkach do systemu wprowadzono prawidłowe oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, m.in. nazwę podmiotu (zakładu leczniczego), adres, telefon, kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- w dokumentacji medycznej zawarto zapisy dotyczące w szczególności: daty porady ambulatoryjnej, informacji dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń, datę sporządzenia;
- wpisy w dokumentacji medycznej odbywały się w dniu zrealizowanej wizyty specjalistycznej (we wszystkich przypadkach data sporządzenia wpisu do dokumentacji medycznej była identyczna jak data udzielonej porady ambulatoryjnej);
- strony wydruku dokumentacji były ponumerowane, pierwsza strona wydruku indywidualnej dokumentacji medycznej zawierała oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, a kolejne strony zawierały imię, nazwisko i numer PESEL pacjenta;
- w 20 przypadkach dokumentacja medyczna nie zawierała danych przedstawiciela ustawowego (imienia, nazwiska i adresu) osoby małoletniej, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w 20 przypadkach w dokumentacji medycznej (historii zdrowia i choroby) pacjentów pierwszorazowych w informacji dotyczących ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, nie wpisywano informacji, o której mowa w § 38 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, tj. o: przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych, orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że wywiad medyczny przeprowadzany przez lekarza specjalistę w przypadku konkretnej wizyty (np. uraz kolana, badanie wzroku) jest ukierunkowany na uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia rozpoznania i leczenia zgłoszonego problemu zdrowotnego. Lekarz prowadzący decyduje, jakie dane są niezbędne do efektywnego udzielenia świadczeń medycznych, na podstawie zebranych informacji. Lekarz ma obowiązek przeprowadzić badanie pacjenta w celu postawienia diagnozy i zaproponowania odpowiedniego leczenia. Wywiad medyczny jest częścią badania i musi zawierać dane niezbędne do prowadzenia leczenia, z uwzględnieniem celu wizyty. Wykonanie wywiadów dotyczących ogólnego stanu zdrowia, obejmujących wszystkie przebyte choroby, operacje, szczepienia, w sytuacji, gdy informacje te nie mają związku z rozpoznaniem, prowadzeniem lub planowaniem leczenia, byłoby nieefektywne i mogłoby wydłużać czas realizacji świadczeń oraz

mogłoby być sprzeczne z zasadą ekonomiki i celowości działania w ochronie zdrowia. Pacjent ma prawo do sprawnej opieki zdrowotnej. Za treść i kompletność dokumentacji medycznej odpowiada lekarz prowadzący. Dokumentacja ta zawiera informacje adekwatne i konieczne z punktu widzenia konkretnego przypadku zdrowotnego. Prowadzenie wywiadów dotyczących kwestii niepowiązanych z rozpoznaniem danej jednostki chorobowej, które nie mają znaczenia w kontekście leczenia zgłaszanego problemu, byłoby działaniem nadmiarowym i mogłoby obniżyć jakość usług. Lekarz powinien działać w najlepszym interesie pacjenta i podejmować czynności uzasadnione medycznie, unikając nadmiernych lub zbędnych działań, a do tego zachowywać swobodę w podejmowaniu działań. Dokumentacja medyczna pacjentów pierwszorazowych zawiera wymagane prawem dane, które są istotne dla prowadzenia skutecznego leczenia danej jednostki chorobowej. Zakres wywiadu ustala lekarz, kierując się celem medycznym, przepisami prawa oraz zasadą efektywności w udzielaniu świadczeń. Zasadnym jest interpretować każdy wywiad medyczny indywidualnie pod kątem zakresu udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

Wykorzystywany w Przychodni system informatyczny, umożliwiał uprawnionym osobom w zakresie nadanych im uprawnień stały dostęp do prowadzenia dokumentacji medycznej. Identyfikowanie osoby w systemie następowało poprzez wprowadzenie indywidualnego identyfikatora (loginu) i podanie hasła do systemu. System wymuszał zmianę hasła co miesiąc. Indywidualne identyfikatory były nadawane przez informatyka, posiadającego uprawnienia administratora systemu. Uprawnienia dostępu użytkowników były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska. Pielęgniarki pracujące w poradni preluksacyjnej oraz poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci posiadały dostęp do systemu w zakresie możliwości rejestracji pacjenta. Pozostałe pielęgniarki pracujące w poradniach dla dzieci nie posiadały dostępu do systemu informatycznego. System informatyczny zapewniał zabezpieczenie danych przed wprowadzeniem zmian przez osoby nieuprawnione, a dokonanie przez użytkownika 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, która je dokonała oraz czas i treść ostatniej zmiany, natomiast pełny zakres zmian widoczny był z poziomu administratora systemu. Aktualizacja systemu uzależniona była od zmian wprowadzanych przez producenta oprogramowania. Informacje o dostępnych aktualizacjach widoczne były w systemie w zakładce „aktualizacje”. Informatyk dostawał również od producenta systemu informację o dostępnej aktualizacji systemu pocztą elektroniczną. Według oświadczenia informatyka w przypadku braku aktualizacji system wyświetli komunikat „brak aktualizacji”. Do przetwarzania i przechowywania danych systemu medycznego wykorzystywano dwa serwery. Przychodnia posiadała układy podtrzymywania napięcia (UPS), służące do zapewnienia ciągłości pracy tych serwerów. Pierwszy serwer służył do przetwarzania i przechowywania danych systemu medycznego, natomiast drugi do przechowywania kopii bezpieczeństwa tego systemu. Kopia bezpieczeństwa wykonywana była automatycznie raz na dobę w sposób przyrostowy (tzw. kopie częściowe). Dodatkowo urządzenie tworzyło zapisy w czasie rzeczywistym operacji tworzenia kopii archiwalnych danych. W Przychodni opracowano i stosowano procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania, tj. „Instrukcję zarządzania systemem informatycznym”, „Politykę bezpieczeństwa”, „Rejestr czynności przetwarzania”, „Analizę ryzyka”.

(akta kontroli str. 203-292, 453-458)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Przychodni w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W jednym przypadku²⁴ w harmonogramie przyjęć dla pacjentów oczekujących na wizytę pierwszorazową prowadzoną w aplikacji „AP-KOLCE” zamiast kategorii świadczeniobiorcy „2-oczekujący” wpisano „5-kontynuujący leczenie”.

Zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b uśoz Świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć kategorię świadczeniobiorcy oczekujący - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, a zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 7 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 publicznych²⁵ kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć powinien przyjąć wartość „2-oczekujący”.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że przyczyną błędnego zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii był błąd operatora systemu i nie wpłynął on w żaden sposób na jakość świadczonych usług.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

2. W trzech przypadkach²⁶ dla pacjentów kontynuujących leczenie w harmonogramie przyjęć nie wpisano kategorii świadczeniobiorcy „5-kontynuujący leczenie”.

Zgodnie z art. 19a ust. 2 pkt 2 uśoz, świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę kontynuującego leczenie, wyznaczając termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia oraz z § 8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć powinien przyjąć wartość „5-kontynuujący leczenie”.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że przyczyną był błąd ludzki i nie wpłynął on w żaden sposób na jakość świadczonych usług.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

3. Dwóm pacjentom pierwszorazowym²⁷ udzielono świadczeń zdrowotnych z pominięciem listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Pacjenci nie zostali wpisani na listę oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzoną w aplikacji „AP-KOLCE”.

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

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że przyczyną był błąd ludzki. Oba przypadki dotyczyły pacjentów z kryterium medycznym „przypadek pilny”. Przyjęcia odbyły się w prawidłowy sposób i z poszanowaniem praw pacjenta.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

4. Badana indywidualna dokumentacja medyczna we wszystkich 20 przypadkach nie zawierała danych przedstawiciela ustawowego (imienia, nazwiska i adresu) osoby małoletniej.

²⁴ Dotyczy listy sprawdzającej nr 19.

²⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji.

²⁶ Dotyczy list sprawdzających nr: 8, 9 i 16.

²⁷ Dotyczy list sprawdzających nr 3 i 5.

Zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁸ dokumentacja medyczna zawiera, w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że braki danych przedstawiciela ustawowego w dokumentacji medycznej małoletniego zostały uzupełnione podczas kontroli NIK, a personel pouczono o konieczności wnikliwego sprawdzania tych danych.

(akta kontroli str. 293-418, 446-452)

OCENA CZĄSTKOWA

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń w Przychodni były zgodne z obowiązującymi przepisami. Przychodnia posiadała wymagane wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewniono dostępność do badań medycznych. Dokumentację medyczną prowadzono w formie elektronicznej. W zbadanych przypadkach zawierała ona wymagane elementy, za wyjątkiem danych przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej. Zabezpieczenie dokumentacji medycznej pacjentów było zgodne z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznymi uregulowaniami. Świadczenia zdrowotne w zakresie AOS dla dzieci wykazane w raportach statystycznych do LOW NFZ, wynikały z wpisów w dokumentacji medycznej. W Przychodni prowadzono harmonogram przyjęć pacjentów, stwierdzono jednak dwa przypadki udzielenia świadczeń z pominięciem listy oczekujących, a także niewpisanie w trzech przypadkach i błędne wpisanie w jednym przypadku kategorii świadczeniobiorcy.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Współpraca AOS z POZ w obszarze udzielania świadczeń

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

Sposób zapewnienia informacji lekarzom kierującym pacjentów do poradni specjalistycznej zbadano na podstawie dokumentacji medycznej 20 pacjentów leczących się z powodu choroby przewlekłej²⁹, którym udzielono świadczeń w 2023 r. i którzy w 2023 r. ukończyli również 18 rok życia. Stwierdzono m.in., że:

- w sześciu przypadkach³⁰ w dokumentacji medycznej znajdowały się informacje wydane lekarzowi kierującemu pacjenta do poradni specjalistycznej dotyczące konsultowanego pacjenta,
- w 14 przypadkach³¹ lekarze specjaliści nie wystawili żadnej pisemnej informacji dla kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,
- w siedmiu przypadkach³² pacjenci po uzyskaniu pełnoletności kontynuowali leczenie w danej poradni specjalistycznej dla dorosłych w Przychodni, a w pozostałych 13 przypadkach pacjenci nie kontynuowali leczenia,
- w dwóch przypadkach³³ pacjentom, przed skierowaniem do poradni specjalistycznej, wykonano badania diagnostyczne w ramach POZ. Wyniki wykonanych wcześniej badań zostały opisane w dokumentacji medycznej

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 581, ze zm.

²⁹ Pacjenci, którzy odbyli przynajmniej trzy wizyty w danym zakresie świadczeń.

³⁰ Dotyczy trzech pacjentów poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci i trzech pacjentów poradni ortopedycznej dla dzieci.

³¹ Dotyczy sześciu pacjentów poradni okulistycznej dla dzieci, pięciu pacjentów poradni ortopedycznej dla dzieci i trzech pacjentów poradni laryngologicznej dla dzieci.

³² Dotyczy czterech pacjentów poradni okulistycznej dla dzieci, dwóch pacjentów poradni ortopedycznej dla dzieci i jednego pacjenta poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci.

³³ Jeden pacjent kierowany do poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci i jeden do poradni ortopedycznej dla dzieci.

- pacjentów. W pozostałych przypadkach – w dokumentacji medycznej pacjenta brak było informacji o wykonanych badaniach zleconych przez lekarza POZ,
- w jednym przypadku³⁴ dołączono informację o leczeniu szpitalnym pacjenta, w pozostałych przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentów brak było informacji o dotychczasowym leczeniu, przekazanych przez lekarzy kierujących pacjentów na leczenie specjalistyczne,
 - w jednym przypadku³⁵ na ostatniej wizycie wydane zostało skierowanie do poradni audiologicznej,
 - pacjenci, którzy ukończyli 18 rok życia nie składali wniosków i nie pobierali kopii dokumentacji medycznej z dotychczasowego miejsca leczenia.

W Przychodni nie zostały opracowane i wdrożone zasady postępowania z pacjentami, którzy w trakcie leczenia osiągają pełnoletność.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że w Przychodni nie przewidziano stałych bądź okresowych konsultacji w zakresie współpracy AOS i POZ. Jednak w indywidualnych przypadkach, jeżeli pojawiała się taka konieczność, lekarze specjaliści kontaktowali się z lekarzami POZ.

W ocenie Członków Zarządu wystawianie skierowania przez lekarza POZ do specjalisty oznacza konieczność zapewnienia pacjentowi bardziej zaawansowanego leczenia. Zasadność takiego skierowania może zostać zweryfikowana dopiero podczas wizyty u specjalisty oraz przeprowadzeniu niezbędnych badań diagnostycznych. W przypadku leczenia dzieci należy przyjąć, że skierowania są zawsze zasadne. Natomiast współpraca między lekarzami POZ, a specjalistami w zakresie diagnostyki pozostawia wiele do życzenia. Lekarze POZ często ograniczają się do wystawienia skierowania, pozostawiając obowiązek wykonania pełnej diagnostyki lekarzowi specjalście. Tego rodzaju podejście znacząco obciąża lekarzy specjalistów i wydłuża proces diagnostyczny, co stanowi wyzwanie dla efektywnej organizacji systemu opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 419-438)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Przychodni w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W 14 przypadkach³⁶ spośród 20 pacjentów objętych próbą badania dokumentacji medycznej³⁷, 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. Dotyczyło to:

- sześciu przypadków świadczeń pierwszorazowych. Zgodnie z wymogiem określonym w § 2 ust. 1 pkt 35 zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna³⁸, świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe, jest to świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego

³⁴ Dotyczy pacjenta poradni okulistycznej dla dzieci.

³⁵ Dotyczy pacjenta poradni laryngologicznej dla dzieci.

³⁶ Dotyczy list sprawdzających nr 3, 5-7, 9-13, 15-17, 19, 20.

³⁷ Leczących się z powodu choroby przewlekłej, którym udzielono świadczeń w 2023 r. i którzy w 2023 r. ukończyli również 18 rok życia.

³⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ z 2023 r. poz. 57 ze zm.

i obejmujące łącznie podjęcie decyzji diagnostycznej oraz przekazanie informacji dla lekarza kierującego/POZ;

- ośmiu przypadków, w których czas leczenia pacjenta w danej poradni Przychodni wyniósł od trzech lat i czterech miesięcy do ośmiu lat i 10 miesięcy. Zgodnie z § 12 ust 4 i 5 załącznika do OWU, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza 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.

Członkowie Zarządu wyjaśnili, że nie są w stanie jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie dotyczące niewydawania zaświadczeń dla lekarzy POZ, ponieważ decyzje w tym zakresie należą do indywidualnych obowiązków lekarzy prowadzących. Możliwe przyczyny tego stanu rzeczy obejmują nieuwagę, brak czasu lub inne okoliczności niezależne od Zarządu Przychodni. W ramach naszych kompetencji staramy się jednak wspierać lekarzy w prowadzeniu dokumentacji w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i standardami.

Jednakże w zakresie świadczeniobiorców z chorobami przewlekłymi zaświadczenia do POZ były zawsze wydawane, by umożliwić opiekę nad pacjentem przez POZ w przypadku braku możliwości uzyskania szybkiego dostępu do AOS.

(akta kontroli str. 419-438, 453-458)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Przychodni funkcjonowały rozwiązania organizacyjne umożliwiające osobom udzielającym w nim świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Stwierdzono przypadki niedokonywania w dokumentacji medycznej wewnętrznej pacjentów wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w postaci informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

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

1. Wpisywanie na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wszystkich pacjentów pierwszorazowych.
2. Wpisywanie do harmonogramu przyjęć informacji dotyczących kategorii świadczeniobiorcy zgodnej ze stanem faktycznym.
3. 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.

W związku z uzupełnieniem w prowadzonej przez Poradnię dokumentacji medycznej pacjentów małoletnich informacji dotyczących danych ich przedstawiciela ustawowego (imienia, nazwiska i adresu), 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 Cieniuch
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Szempruch

.....
Podpis

.....
Podpis