



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W OPOLU

LOP.410.14.2.2024

Pan
Andrzej Olszanowski
Pani
Katarzyna Olszanowska
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Specjalistyka s.c. Spolmed
ul. Ozimska 20
45-057 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistka s.c. Spolmed Andrzej Olszanowski Katarzyna Olszanowska, ul. Ozimska 20, 45-057 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Olszanowski – Dyrektor i Katarzyna Olszanowska Zastępca Dyrektora ¹
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń 2. Współpraca AOS i POZ w obszarze udzielania świadczeń
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024 do czasu zakończenia badań kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	1. Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/94/2024 z 3 października 2024 r. 2. Piotr Mastalerz specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/76/2024 z 12 września 2024 r.

(akta kontroli str. 1-2, 6, 43)

¹ Zarząd Spółki cywilnej. Każdy wspólnik ma prawo i obowiązek prowadzenia spraw Spółki (§12 umowy Spółki).

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja i sposób realizacji świadczeń były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia⁴. NZOZ spełniał warunki udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczące kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt. Świadczeniodawca nie spełniał natomiast warunku dotyczącego czasu pracy lekarzy, który nie w pełni odpowiadał godzinom wykazanym w umowie z NFZ. System informatyczny umożliwiał dostęp do niezbędnych danych pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla dzieci. Rozliczanie udzielonych świadczeń z NFZ prowadzone było w oparciu o dane wynikające z prowadzonej dokumentacji medycznej. Harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń, oraz dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była w postaci elektronicznej. Stwierdzone nieprawidłowości w prowadzeniu ww. dokumentacji dotyczyły m.in. braków przypisania kategorii świadczeniobiorcy, informacji dotyczącej rozpoznania lub powodu przyjęcia pacjenta, danych adresowych opiekuna prawnego, a także niepełnego oznaczenia osoby udzielającej świadczeń. Lekarze udzielający świadczeń specjalistycznych dla dzieci nie przekazywali lekarzom kierującym informacji o diagnozie i przebiegu leczenia pacjentów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Spełnianie przez NZOZ wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielenia świadczeń

Opis stanu faktycznego

W latach 2021-2024 (I kwartał) NZOZ realizował świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶, w tym świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci był zgodny z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁷ oraz z Regulaminem organizacyjnym NZOZ⁸. W ww. regulaminie opisano również m.in. strukturę organizacyjną NZOZ, zasady udzielania świadczeń oraz sposób dostępu do badań diagnostycznych, co odpowiadało wymaganiom określonym w art. 24 ustawy z dnia kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹. Informacje te podano do wiadomości pacjentów poprzez umieszczenie ich na tablicy informacyjnej na terenie NZOZ oraz opublikowano na stronie internetowej *specjalistyka@nzo.opole.pl*.

(akta kontroli str. 5-14, 15-22, 23-42, 43-46, 47-59, 116, 121, 152-158)

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

⁴ Dalej: NFZ.

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

⁶ Dalej: AOS.

⁷ Nr księgi 000000009919.

⁸ Regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzonego przez Pana Andrzeja Olszanowskiego oraz Katarzynę Olszanowską w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Specjalistka s.c. SPOLMED w Opolu z dnia 30 czerwca 2012 r. zastępujący regulamin porządkowy i statut NZOZ Specjalistka w Opolu. Ostatnia zmiana regulaminu organizacyjnego NZOZ została wprowadzona 1 lutego 2024 r.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

NZOZ na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia¹⁰, w okresie objętym kontrolą, udzielał świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci¹¹ w następujących zakresach¹²: alergologia, neurologia, kardiologia, endokrynologia, nefrologia, reumatologia, gastroenterologia, pulmonologia. Udzielane były też świadczenia w poradni preluksacyjnej.

(akta kontroli str. 252-270, 271-298)

W latach 2021- 2024 (stan na 30 września) NZOZ nie był kontrolowany w zakresie problematyki związanej z funkcjonowaniem AOS dla dzieci¹³. W okresie objętym kontrolą do NZOZ-u wpłynęły łącznie cztery skargi, które dotyczyły m.in.: błędnego wpisu o wykonaniu badania (co zostało skorygowane), niewłaściwego zachowania lekarza (sprawa została skierowana przez NZOZ do Opolskiej Izby Lekarskiej, która uznała skargę za niezasadną), odmowy udostępnienia za pośrednictwem niezwyfikowanej poczty elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta (wyjaśnienie przekazane zostało do Biura Rzecznika Praw Pacjenta i w uzgodnieniach z rodzicem pacjenta dokumentacja medyczna została przesłana listem poleconym).

Nie stwierdzono skarg dotyczących naruszenia prawa pacjentów przy realizacji świadczeń AOS udzielanych w NZOZ.

(akta kontroli str. 444-468)

Na tablicach informacyjnych NZOZ, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, widniały informacje, które świadczeniodawca był zobowiązany podać zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴. Brak było natomiast upublicznionej informacji, dotyczącej: a/ udogodnień dla pacjentów z niepełnosprawnością; b/ adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców; oraz c/ na zewnątrz budynku NZOZ, brak było informacji dotyczącej adresu oraz numeru telefonu najbliższego miejsca, w którym udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz o numerach telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Oględziny pomieszczeń trzech poradni, w których udzielano świadczeń AOS dla dzieci, tj.: poradni kardiologicznej dla dzieci, endokrynologicznej dla dzieci i alergologicznej dla dzieci, wykazały, że stopień przystosowania tych pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, a także znajdujący się ww. poradniach sprzęt medyczny, były zgodne danymi przekazanymi do NFZ.

(akta kontroli str. 107-143)

Analiza harmonogramów przyjęć za styczeń 2023 r. i styczeń 2024 r. wykazała, że czas udzielania świadczeń przez pięciu lekarzy nie był w pełni zgodny z umową zawartą z NFZ (tj. z czasem wskazanym w załączniku nr 2 Harmonogram-zasoby). Ponadto dwóch lekarzy wykazanych w tym załączniku nie udzielało świadczeń

¹⁰ Umowa nr 08R/20336/02/01/AOS o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: umowa z NFZ.

¹¹ Dalej: AOS dla dzieci.

¹² Obejmujących również świadczenia pierwszorazowe.

¹³ Jedna kontrola przeprowadzona przez Oddział NFZ dotyczyła ordynacji środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – wystąpienie pokontrolne NFZ z 25 sierpnia 2022 r. Zalecenia kontroli zostały zrealizowane przez NZOZ.

¹⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie OWU.

w okresie objętym kontrolą. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 252-270, 271-298, 309-321)

W 2023 r. nie dokonywano zmian składu personelu medycznego udzielającego świadczeń AOS dla dzieci oraz w harmonogramie czasu pracy w poradniach AOS dla dzieci. Procentowy udział czasu pracy lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek był zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵.

(akta kontroli str. 159-161, 162-170, 252-270, 271-298)

W latach 2021-2024 (wg stanu na 30 września) świadczeń AOS dla dzieci udzielało łącznie 16 lekarzy i od czterech do sześciu pielęgniarek. Podstawową formą zatrudnienia wszystkich lekarzy specjalistów w NZOZ były umowy cywilnoprawne na udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁶, a pielęgniarek umowy o pracę. Udzielający świadczeń lekarze i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 Harmonogram-zasoby do umowy z NFZ. Personel wymieniony w tym załączniku posiadał wymagane kwalifikacje. W ww. okresie nie zachodziły istotne zmiany liczby personelu udzielającego świadczeń.

Średni wiek lekarzy udzielających świadczeń w poszczególnych poradniach AOS dla dzieci według stanu na koniec 2021, 2022, 2023 r. oraz na 30 września 2024 r. wynosił odpowiednio: 65, 66, 67 i 68 lat - lekarze w poradni alergologicznej dla dzieci; 63, 64, 65 i 63 lat - lekarze w poradni kardiologicznej dla dzieci; 55, 56, 57 i 58 lat - lekarze w poradni gastroenterologicznej dla dzieci; 60, 50, 51 i 52 lat - lekarze w poradni endokrynologicznej dla dzieci; 64, 65, 66 i 67 lat - lekarze w poradni nefrologicznej dla dzieci; 62, 63, 64 i 61 lat - lekarze w poradni neurologicznej dla dzieci; 57, 39, 40 i 41 lat - lekarze w poradni metabolicznej dla dzieci; 58, 59, 60 i 61 lat - lekarze w poradni pulmonologicznej dla dzieci; 63, 64, 65 i 66 lat - lekarze w poradni reumatologicznej dla dzieci; 53, 54, 55 i 56 lat - lekarze w poradni preluksacyjnej. Średni wiek personelu pielęgniarskiego w ww. okresie wynosił odpowiednio: 58, 52, 48 i 46 lat.

(akta kontroli str. 159-160, 162-170)

W sprawie niedoboru lekarzy i pielęgniarek w odniesieniu do realizowanej umowy z NFZ Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że w ww. zakresie nie występowały niedobory personelu. Jeżeli natomiast uwzględnimy zapotrzebowanie na świadczenia lecznicze i ich szybką realizację, to niedobory lekarzy oraz w jakimś stopniu personelu pielęgniarskiego występowały we wszystkich poradniach specjalistycznych z wyjątkiem preluksacyjnej. (...) Obecnie świadczenia są limitowane a nadwykonania dopiero na wniosek podmiotu leczniczego są zapłacone kwartalnie z opóźnieniem blisko 2-3 miesięcznym co oznacza, że za zrealizowane na początku kwartału rozliczeniowego świadczenia NFZ płaci z blisko 6 - miesięcznym poślizgiem. Orientacyjna ocena niedoborów etatów, w sytuacji gdyby nie było limitowania porad, to: dwa etaty poradnia kardiologiczna, półtora etatu poradnia endokrynologiczna, po jednym etacie poradnia alergologiczna, nefrologiczna, neurologiczna oraz po pół etatu w poradniach gastroenterologicznej, metabolicznej, hematologii i onkologii dziecięcej, oraz pulmonologicznej i reumatologicznej.

(akta kontroli str. 105-106, 160-161)

W 2023 r. czterokrotnie dochodziło do planowych przerw w udzielaniu świadczeń AOS dla dzieci. Powyższe dotyczyło zaplanowanych przerw

¹⁵ Dz. U. poz. 1372 ze zm.

¹⁶ W latach 2023 – 2024 w ramach umowy o pracę zatrudniano tylko jednego lekarza.

urlopowych przez lekarzy w poradniach nefrologicznej i kardiologicznej w lutym 2023 r., w poradniach kardiologicznej i gastroenterologicznej w maju i czerwcu 2023 r., w poradni gastroenterologicznej w listopadzie 2023 r., oraz poradniach kardiologicznej i gastroenterologicznej w styczniu, lutym i marcu 2024 r. NZOZ przestrzegał wymogu wynikającego z § 9 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OWU, tj. w każdym z ww. przypadków poinformował Oddział NFZ (30 dni przed planowaną przerwą) wskazując okres trwania przerwy¹⁷.

(akta kontroli str. 302-308)

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że w NZOZ nie występowały dłuższe planowe przerwy w realizacji świadczeń przez NZOZ. W przypadku wystąpienia awarii systemu informatycznego możliwe były kilkugodzinne przerwy (nie częściej niż raz w roku) w pracy całej przychodni. (...) Informacje na temat nieobecności lekarzy (np. urlopy, szkolenia itp.) przekazywane są do dyrektora NFZ w wiadomości elektronicznej (mail). Po przesłaniu takiej informacji otrzymywaliśmy potwierdzenia ich odczytania.

(akta kontroli str. 161, 224, 301)

Poziom realizacji umowy zawartej z NFZ w poszczególnych zakresach AOS dla dzieci, w latach 2021-2023 oraz według stanu na 30 września 2024 r., przedstawiał się następująco: w 2021 r. 2 515 098,44 punktów – 2 792,9 tys. zł (tj. przekroczenie o 43,5 % w stosunku do pierwotnej umowy¹⁸), w 2022 r. 2 649 036,68 punktów – 3 787,6 tys. zł (przekroczenie o 51,2% umowy¹⁹), w 2023 r. 3 013 915,4 punktów – 4 900,8 tys. zł (przekroczenie o 8,5% umowy²⁰) i do 30 września 2024 r. 1 991 444,7 punktów, 3 387,2 tys. zł²¹ (98% realizacji umowy). Udzielone przez NZOZ świadczenia zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

Liczba udzielonych porad w poszczególnych zakresach AOS dla dzieci przedstawiała się następująco:

a/ w 2021 r. udzielono łącznie 12 449 porad (8 043 porad dzieciom kontynuującym leczenie i 4 406 porad pierwszorazowych);

b/ w 2022 r. udzielono łącznie 13 679 porad (8 723 porad dzieciom kontynuującym leczenie i 4 956 porad pierwszorazowych);

c/ w 2023 r. udzielono łącznie 14 213 porad (9 208 porad dzieciom kontynuującym leczenie i 5 005 porad pierwszorazowych);

d/ do 30 września 2024 r. udzielono łącznie 9 458 porad (6 515 porad udzielono dzieciom kontynuującym leczenie i 2 943 porad pierwszorazowych).

W 2023 r. udzielono łącznie 469 teleporad (157 w poradni alergologicznej, 97 w poradni kardiologicznej, 181 w poradni nefrologicznej, 28 w poradni pulmonologii, cztery w poradni reumatologicznej oraz dwie teleporady w ramach świadczeń pierwszorazowych w zakresie alergologii dla dzieci).

(akta kontroli str. 171 – 220, 226, 227, 228, 229, 230, 472-471)

W sprawie realizacji umowy zawartej z NFZ na udzielanie świadczeń w ramach AOS dla dzieci, Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że we wszystkich specjalistycznych poradniach dziecięcych naszego podmiotu zrealizowano umowę pierwotną zawartą z NFZ, wypracowując na różnym poziomie nadwykonania z wyjątkiem poradni preluksacyjnej. Niewykonanie umowy w poradni preluksacyjnej związane było z jej

¹⁷ Pisma NZOZ informujące o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń AOS dla dzieci przekazane zostały do Opolskiego Oddziału NFZ odpowiednio: 11 stycznia 2023 r., 11 kwietnia 2023 r., 24 sierpnia 2023 r. i 27 grudnia 2023 r.

¹⁸ Przekroczenia m.in. w poradniach: endokrynologicznej, kardiologicznej i alergologicznej.

¹⁹ Przekroczenia m.in. w poradniach: endokrynologicznej, kardiologicznej i alergologicznej.

²⁰ W 2023 r. nastąpił wzrost w umowie z NFZ zakontraktowanych świadczeń w AOS dla dzieci o ok. 50 % dotychczasowej umowy.

²¹ Zmniejszona liczba przyjęć pacjentów w poradni kardiologicznej związana z przejściem na emeryturę lekarza.

specyficznym charakterem. Jest to poradnia głównie badań profilaktycznych. Większość pacjentów tej poradni to pacjenci zdrowi. W związku ze spadkiem urodzeń oraz powstaniem innych poradni preluksacyjnych w województwie opolskim zgłaszalność do tej poradni zmniejszyła się. W sprawie udzielania świadczeń AOS dla dzieci w drodze teleporady Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że teleporady udzielane są sporadycznie i dotyczą sytuacji nagłych związanych najczęściej z koniecznością modyfikacji leczenia po wykonanych badaniach laboratoryjnych, których czas wykonania jest dłuższy niż jeden dzień oraz na prośbę pacjenta. NZOZ nie ma szczegółowych wytycznych w tym zakresie, a decyzja o udzielaniu teleporady należy do lekarza.

(akta kontroli str. 105-106, 161, 301)

Wewnętrzne uregulowania dotyczące zasad rejestracji pacjentów określone zostały w pkt IV Regulaminu organizacyjnego NZOZ-u *Przebieg procesu udzielenia świadczeń*. Wskazano w nim m.in., że umawianie pacjentów odbywa się w każdej formie, tj. *osobiście, przez członków rodziny, przez osoby trzecie, telefonicznie z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego*. W załączniku pn. *Zasady zapisów na porady i wizyty*. W NZOZ zapewniono również możliwość rejestracji elektronicznej pacjentów na wizytę poprzez zamieszczony na stronie internetowej NZOZ-u link *System rejestracji i umawiania NZOZ Specjalistyka – Portal pacjenta*, gdzie po zalogowaniu się pacjent, mógł umówić termin wizyty. W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 września 2024 r. harmonogramy przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci, prowadzone były w systemie informatycznym NZOZ-u.

(akta kontroli str. 47, 52, 65, 158, 362)

Dyrektor NZOZ-u wyjaśnił, że *pacjenci wszystkich poradni specjalistycznych wchodzących w skład naszego podmiotu leczniczego umawiani są na wizyty nie tylko w dniach i godzinach funkcjonowania poszczególnych poradni, ale w całym okresie pracy przychodni tzn. od poniedziałku do piątku od 7:30 do 19:00 oraz w soboty od 8:00 do 12:00. (...) Pacjenci naszego podmiotu leczniczego informowani są przez SMS o terminie umówionej porady lekarskiej i badania, bezpośrednio po procedurze rejestracji oraz otrzymują przypomnienie w dniu poprzedzającym wizytę.*

(akta kontroli str. 301, 471)

W wyniku analizy harmonogramów przyjęć pacjentów²² którym udzielone zostały świadczenia w I kwartale 2023 r.²³, obejmującej szczegółowe badanie 20 wpisów dotyczących pacjentów pierwszorazowych (w tym pięciu pacjentów skierowanych w trybie pilnym), stwierdzono m.in., że: harmonogram zawierał dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h, j²⁴ oraz art. 19a ust. 4 pkt 1-4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵, tj. m.in.: datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, adres świadczeniobiorcy, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. Termin wizyty był wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć, a zmiany terminu wizyty odnotowywane były z podaniem przyczyny tej zmiany. Brak było natomiast danych dotyczących

²² Dalej: harmonogram przyjęć.

²³ Badaniem objęto wpisy w I kwartale 2023 r. w harmonogramach poszczególnych poradni dla dzieci: alergologicznej zawierał 1 642 wpisów, poradni endokrynologicznej - 1 503 wpisów, poradni gastroenterologicznej - 169 wpisów, poradni kardiologii- 2300 wpisów, poradni metabolicznej - 127 wpisów, poradni nefrologicznej - 522 wpisów, poradni neurologii - 171 wpisów, poradni preluksacyjnej - 90 wpisów, poradni pulmonologii - 29 wpisów, poradni reumatologicznej - 51 wpisów.

²⁴ Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu (posługującej się indywidualnym loginem i hasłem) harmonogramy przyjęć prowadzone są wyłącznie w systemie informatycznym NZOZ-u.

²⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, dalej: uśoz.

rozpoznania lub powodu przyjęcia oraz oznaczenia kategorii świadczeniobiorcy co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zakwalifikowanie świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do kategorii medycznej: przypadek pilny lub przypadek stabilny następowało na podstawie przedstawionego przez pacjenta skierowania do poradni. Na bieżąco rejestrowano pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Ponadto, w ocenie lekarza AOS, w przypadku ww. 20 pacjentów pierwszorazowych, wybór kategorii medycznej - dokonany przez lekarza kierującego - był uzasadniony.

(akta kontroli str. 324-348, 349-350, 352)

W harmonogramach przyjęć za I kwartał 2023 r., w trzech przypadkach²⁶ odnotowano, że wizyty zostały zrealizowane przy jednoczesnym wskazaniu, że wyznaczony termin wizyt tych pacjentów został wykreślony z powodu niedostarczenia przez pacjenta skierowania w terminie 14 dni.

(akta kontroli str. 324-348, 349-350, 352)

Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że (...) w *harmonogramie dotyczącym ww. trzech pacjentów doszło do błędów informatycznych (...)*.

(akta kontroli str. 349, 435)

Ponadto ustalono, że 16 pacjentów ze skierowaniem w trybie pilnym przyjęto w dniu ich zgłoszenia do NZOZ, pomimo, że zgodnie z art. 20 ust. 1 uśoz świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, a świadczeniodawca umieszcza pacjenta na liście oczekujących. Wyjątkiem są pacjenci znajdujący się w stanie nagłym.

(akta kontroli str. 324-325, 354)

Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że 16 pacjentów ze skierowaniami w trybie pilnym, zostało przyjętych po decyzji lekarzy specjalistów NZOZ, w dniu zgłoszenia (po uprzednim ustaleniu godziny ich przyjęcia). Trzech z ww. 16 pilnych pacjentów, przyjęto po konsultacjach pomiędzy lekarzami NZOZ a lekarzami kierującymi z Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.

(akta kontroli str. 349, 434)

Średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych zakresach AOS dla dzieci, według stanu na koniec każdego roku objętego badaniem oraz na koniec I półrocza 2024 r., zwiększył się w poradniach: alergologicznej, endokrynologicznej, gastroenterologicznej, neurologicznej i reumatologicznej. Największa liczba pacjentów i najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wystąpiły w poradni kardiologicznej, a najmniej pacjentów i najkrócej oczekiwało na udzielenie świadczeń w poradni nefrologicznej. Szczegółowe dane w tym zakresie dla poszczególnych poradni przedstawiały się następująco:

- poradnia alergologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 101 osób, 143 osoby, 115 osób i 130 osób (średni czas oczekiwania to: 36 dni, 46 dni, 56 dni i 54 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 85 osób, 189 osób, 171 osób i 228 osób (średni czas oczekiwania to: 66 dni, 46 dni, 157 dni i 122 dni);
- poradnia endokrynologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 15 osób, 52 osoby, 48 osób, 36 osób (średni czas oczekiwania to: 25 dni, 27 dni, 43 dni i 18 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 81 osób, 107 osób, 94 osoby i 54 osób (średni czas oczekiwania to: 39 dni, 42 dni, 48 dni i 24 dni);
- poradnia gastroenterologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 27 osób, 33 osób, 42 osoby, 43 osób (średni czas oczekiwania to: 33 dni, 43 dni,

²⁶ W poradniach neurologicznej i kardiologicznej.

69 dni i 59 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 80 osób, 107 osób, 112 osób i 148 osób (średni czas oczekiwania to: 70 dni, 121 dni, 136 dni i 121 dni);

- poradnia kardiologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 407 osób, 531 osób, 482 osoby, 408 osób (średni czas oczekiwania to: 48 dni, 70 dni, 79 dni i 75 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 633 osób, 696 osób, 645 osób i 232 osoby (średni czas oczekiwania to: 122 dni, 138 dni, 125 dni i 178 dni);
- poradnia nefrologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 0 osób, jedna osoba, cztery osoby, 0 osób (średni czas oczekiwania to: 0 dni, 13 dni, siedem dni i 0 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: osiem osób, dwie osoby, 11 osób i 0 osób (średni czas oczekiwania to: osiem dni, 12 dni, 14 dni i 0 dni);
- poradnia neurologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 28 osób, 32 osoby, 43 osób, 38 osób (średni czas oczekiwania to: 39 dni, 38 dni, 88 dni i 62 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 62 osób, 68 osób, 61 osób i 25 osób (średni czas oczekiwania to: 134 dni, 138 dni, 149 dni i 174 dni);
- poradnia reumatologiczna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: jedna osoba, pięć osób, osiem osób, siedem osób (średni czas oczekiwania to: 19 dni, 33 dni, 26 dni i 37 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 14 osób, 20 osób, 31 osób i 29 osób (średni czas oczekiwania to: 27 dni, 55 dni, 112 dni i 73 dni);
- poradnia preluksacyjna dla dzieci: a/przypadek pilny odpowiednio: 24 osób, 21 osób, 14 osób, 24 osób (średni czas oczekiwania to: 19 dni, 25 dni, 26 dni i 24 dni), b/ przypadek stabilny odpowiednio: 33 osób, 46 osób, 40 osób i 15 osób (średni czas oczekiwania to: 30 dni, 25 dni, 20 dni i 21 dni).

(akta kontroli str. 100-102, 231-239)

W sprawie zwiększania się liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia AOS dla dzieci, oraz czasu oczekiwania, Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że *przyczyny zmienności czasu oczekiwania na pierwszą poradę zależą od wielu czynników, jest to m.in. zmienność zatrudnienia, zmieniająca się okresowo liczba skierowań do poradni, sezonowość oraz zmienność w korzystaniu przez pacjentów ze świadczeń w innych podmiotach leczniczych. (...) Największy skok wydłużania czasu oczekiwania na pierwszorazową poradę lekarską wystąpił w poradni kardiologicznej dla dzieci i związany był z zakończeniem pracy jednego z kardiologów (76 lat), który pracował w wymiarze jednego etatu. Obserwujemy również okresową zmienność zgłaszających się do naszego podmiotu pacjentów związaną z efektem „sinusoidy”. W przypadku wydłużania się kolejki pacjenci odchodzą do innych podmiotów oraz do sektora prywatnego, co powoduje po czasie zmniejszenie okresu oczekiwania, a to w konsekwencji przyczynia się do wzrostu napływu pacjentów i wydłużenia kolejki. (...) W niektórych poradniach duży wpływ na zmienność okresu oczekiwania ma sezonowość. Przykładem poradni szczególnie wrażliwej na występowanie zmienności tego typu jest poradnia alergologiczna (...) w poradni kardiologicznej pojawia się dużo skierowań w okresie infekcyjnym. U dzieci w czasie infekcji wyraźnie słyszalne są szmery nad sercem również te przygodne (niewinne) co powodowało istotny wzrost liczby skierowań.*

(akta kontroli str. 469)

Podstawą rozliczeń i płatności z NFZ za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym, zgodnie z § 23 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU, był rachunek wystawiony na podstawie szablonu rachunku wraz z raportem statystycznym. Szczegółowe badanie rozliczenia za marzec 2023 r. wykazało, że w raporcie statystycznym oraz w rachunku²⁷, ujęto 38 udzielonych porad w zakresie neurologii dziecięcej obejmujących 4 066,7 punktów rozliczeniowych, co było zgodne z danymi ujętymi w zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej przez NZOZ w formie *Wykazu przyjęć pacjentów poradni*

²⁷ Faktura Nr: 00052/23/FK z 31 marca 2023 r. poz. 7.

neurologicznej dziecięcej za okres od 1 marca do 31 marca 2023 r. Ww. wykaz przyjęć pacjentów zawierał wszystkie elementy wymagane § 40 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁸ (tj. m.in.: numer kolejnego pacjenta, datę i godzinę zgłoszenia pacjenta, rodzaj udzielonego świadczenia). Łączna wartość udzielonych świadczeń wyniosła 6,3 tys. zł. Świadczenia te zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

(akta kontroli str. 92-99)

W sprawie szacowania w NZOZ ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej (§ 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej) Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że *w naszym podmiocie dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie cyfrowej. Dlatego zarządzanie ryzykiem zagrożeń jest przede wszystkim związane z systematyczną analizą zagrożeń sieciowych. Codziennie monitorowane są przez naszego informatyka zabezpieczenia serwera na którym gromadzone są dane wrażliwe. W przypadku pojawienia się nowych zagrożeń sieciowych modyfikowane są systemy zabezpieczające.*

(akta kontroli str. 470)

Dokumentacja medyczna prowadzona była w NZOZ w postaci elektronicznej za pośrednictwem autorskiego systemu informatycznego. System informatyczny zapewniał osobom uprawnionym, w zakresie nadanych uprawnień, stały dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów korzystających ze świadczeń NZOZ. Na dzień kontroli NIK (9 października 2024 r.) upoważnienie do korzystania z programu posiadało 15 osób, a do części medycznej (tzw. programu lekarskiego) 19 osób. Zarówno zalogowanie i wylogowanie z systemu było rejestrowane w systemie (każdy użytkownik miał swój unikalny identyfikator). Logowanie następowało dwukrotnie – po raz pierwszy do systemu operacyjnego, a następnie do oprogramowania SPECJALISTYKA (system wymuszał cykliczną zmianę haseł). System zapewniał zabezpieczenie danych przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione. Dokonanie przez pracownika NZOZ wpisów bądź ewentualna zmiana tych wpisów możliwa była tylko w zakresie nadanych uprawnień. Po wprowadzeniu zmiany, widoczne były dane identyfikujące osobę dokonującą wpisu oraz czas i treść zmiany. Kopie bezpieczeństwa systemu były sporządzane w sposób automatyczny przez osobny proces na serwerze. Kopie były tworzone w cyklu dziennym (każdego dnia po godzinie 21:00, tj. po godzinach pracy NZOZ oraz w cyklu tygodniowym były tworzone dodatkowe kopie). Zapisywanie kopii odbywało się na dwóch różnych dyskach mieszczących się w dwóch lokalizacjach (osobne pomieszczenia z metalowymi szafami, a dostęp do tych kopii mieli tylko administratorzy systemu). Aktualizacje całego systemu SPECJALISTYKA były przeprowadzane na bieżąco w zależności od zgłaszanych potrzeb.

(akta kontroli str. 60-62)

W okresie objętym kontrolą w NZOZ obowiązywała procedura udostępniania dokumentacji medycznej²⁹. W ww. procedurze wskazano m.in., że dokumentacja medyczna jest udostępniana na żądanie pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta, osoby upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, organów i podmiotów, o których stanowią przepisy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów następowało na podstawie *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*. W ww. procedurze wskazano również, że: NZOZ przy udostępnianiu ww. dokumentacji zapewnia zachowanie poufności i ochronę danych

²⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 798, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

²⁹ Ostatnia aktualizacja procedury z 2 stycznia 2023 r.

osobowych; wydanie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki; dopuszcza się możliwość przesłania wnioskowanej dokumentacji na zweryfikowany adres e-mail wnioskodawcy lub zweryfikowany adres zamieszkania; wydanie dokumentacji następuje za pokwitowaniem odbioru.

(akta kontroli str. 63-64)

Analiza wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej utworzonej w związku z udzieleniem świadczeń 20 pacjentom³⁰ wykazała, że: 1/ ww. dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci elektronicznej w systemie SPECJALISTYKA z możliwością jej wydruku; 2/ we wszystkich przypadkach ww. dokumentacja medyczna zawierała datę jej sporządzenia 3/ wydruk dokumentacji zawierał na każdej stronie imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta; 4/ w dokumentacji umieszczano opis stanu zdrowia i opis udzielonych świadczeń; 5/ wpisy były dokonywane czytelnie i chronologicznie (nie stwierdzono wprowadzania zmian czy poprawek); 6/ strony były numerowane. Stwierdzono, że we wszystkich ww. objętych badaniem dokumentacjach medycznych brak było: a/ pełnych danych osób udzielających świadczeń (nie podano tytułu zawodowego lekarza udzielającego świadczeń); b/ adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej; c/ kodu resortowego komórki, w której udzielono świadczenia, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; d/ określenia rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmującego jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony, oraz e/ adres miejsca zamieszkania pacjenta, który, wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 366-433)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W miejscu udzielania świadczeń AOS dla dzieci nie udostępniono do wiadomości świadczeniobiorców informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, pomimo obowiązku wynikającego z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU.

(akta kontroli str. 107-143)

Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że Pomieszczenia NZOZ-u są dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych, jeśli istnieje taka potrzeba to personel naszej placówki zawsze udziela niezbędnych informacji osobom niepełnosprawnym. Posiadamy podjazd dla wózków oraz dostosowane toalety dla osób niepełnosprawnych. Z przeoczenia nie została umieszczona w NZOZ informacja na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

(akta kontroli str. 144-145)

W NZOZ nie udostępniono również do wiadomości świadczeniobiorców informacji dotyczącej adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, 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, pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, pomimo obowiązku określonego w § 11 ust. 4 pkt 10 i 10a rozporządzenia w sprawie OWU.

³⁰ Badaniem objęto dokumentację medyczną 20 pacjentów, którym pierwszy raz udzielono świadczeń zdrowotnych w NZOZ w I kwartale 2023 r.

Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła: *Informacja dotycząca świadczeniodawców, którzy mają zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz terminy oczekiwania na udzielenie świadczenia w tych placówkach są ogólnodostępne na stronie NFZ. Nie zwróciliśmy uwagi na brak umieszczenia informacji, gdzie pacjenci mogą taką informację pozyskać. Oczywiście w najbliższym czasie udostępnimy w NZOZ informację dotyczącą adresu i numeru telefonu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem i średnim czasie oczekiwania.*

(akta kontroli str. 107-143, 144-145)

W trakcie kontroli NIK³¹ ww. informacje zostały w NZOZ uzupełnione. W miejscu udzielenia świadczeń zamieszczono informację na temat udogodnień w NZOZ dla osób niepełnosprawnych oraz adres i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację m.in. o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 146-147)

2. W miejscu udzielania świadczeń AOS dla dzieci, na zewnątrz budynku NZOZ, nie udostępniono do wiadomości świadczeniobiorców informacji o adresach oraz numerach telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz numerach telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego. Obowiązek umieszczenia ww. informacji na zewnątrz budynku przez NZOZ (który nie jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń całodobowo) wynikał z § 11 ust. 5 w związku z § 11 ust. 4 pkt 7 i 8 rozporządzenia w sprawie OWU.

(akta kontroli str. 107-143)

Informacje dotyczące numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego oraz adresy i numery telefonów do podmiotów, w których są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są wywieszone w głównym holu w NZOZ. Myśleliśmy, że informacje te na zewnątrz budynków zobowiązane są umieszczać placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście niezwłocznie zamieścimy na drzwiach wejściowych NZOZ informacje dotyczące numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego oraz adresy i numery telefonów do podmiotów, w których są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, tak aby były one widoczne również z zewnątrz budynku NZOZ-u.

(akta kontroli str. 144-145)

W trakcie kontroli NIK³² zamieszczono na zewnątrz budynku informację o adresach oraz numerach telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz numerach telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego.

(akta kontroli str. 146-147)

³¹ 29 października 2024 r.

³² 29 października 2024 r.

3. Dwóch lekarzy wykazanych jako personel medyczny w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umów zawartych z NFZ na 2023 r.³³ i 2024 r.³⁴ nie udzielało świadczeń³⁵ odpowiednio: w styczniu 2023 r. - lekarz poradni chorób metabolicznych oraz w styczniu 2024 r. - lekarz poradni kardiologicznej dla dzieci. Powyższe stanowiło naruszenie warunków ww. umów.

(akta kontroli str. 311-314)

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że w przypadku ww. lekarzy (...) którzy zakończyli w naszym podmiocie pracę, a widnieli jeszcze w harmonogramie umowy z NFZ, zostali oni oznaczeni w portalu potencjału systemu informatycznego NFZ jako lekarze nieaktywni. (...) Pomimo tego nazwisko lekarza pojawiło się w umowie (...) czego niestety nie zauważyłem i umowę podpisałem. Dane do umowy prawdopodobnie nie były pobrane z portalu potencjału tylko skopiowana była umowa z roku poprzedniego. Dopiero po zauważeniu błędu umowa z opóźnieniem została przez nas skorygowana (...) podobna sytuacja wystąpiła w przypadku drugiego lekarza. (...) Chciałbym jednocześnie zaznaczyć, że nie wykazywaliśmy ww. lekarzy w harmonogramach przyjęć, żeby zwiększyć swój potencjał w procesie konkursowym bowiem już od wielu lat umowy w tych zakresach świadczeń, które realizowali powyżsi lekarze były aneksowane, a nasze poradnie są jedynymi w województwie.

(akta kontroli str. 309-310, 322-323)

4. Czas pracy pięciu lekarzy w styczniu 2023 r. i w styczniu 2024 r. był niezgodny z czasem określonym w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umów zawartych z NFZ na 2023 r.³⁶ i 2024 r.³⁷ Lekarz poradni kardiologii i lekarz poradni preluksacyjnej nie przyjmowali w soboty, lekarka poradni metabolicznej i lekarz poradni preluksacyjnej nie przyjmowali w piątki, a lekarka poradni kardiologicznej nie przyjmowała w poniedziałki. Powyższe stanowiło naruszenie warunków ww. umów.

(akta kontroli str. 311-314)

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że harmonogram pracy lekarzy zgłoszony do NFZ określa godziny gotowości lekarzy do przyjmowania pacjentów oraz wykonywania czynności medycznych takich jak analiza i opisywanie badań holterowskich, badań spirometrycznych (...) ponieważ w większości poradni znacząco przekraczane były limity realizowanych świadczeń lekarze nie umawiali pacjentów we wszystkich dniach i godzinach dostępności wykorzystując je również do wyżej opisanych czynności medycznych. Umowy z lekarzami mają określone limity miesięczne (...) nadwykonania rozliczane są kwartalnie, a proces ich rozliczania po zamknięciu kwartału trwa zwykle 2-3 miesiące. W związku z tym okres oczekiwania lekarzy na zapłatę wynagrodzenia za nadwykonania to niekiedy nawet pół roku. Lekarze nie chętnie generują nadwykonania, a tym samym nie wszystkie terminy z harmonogramu są wypełnione. Ponieważ są duże trudności z pozyskaniem lekarzy specjalistów do współpracy oraz wysokich stawek wynagrodzenia nie możemy prefinansować nadwykonań zanim nie rozliczymy ich z NFZ. Być może rozwiązaniem dla powyższego problemu mogłoby być faktyczne zniesienie limitów przyjęć i w cyklach miesięcznych rozliczanie wszystkich świadczeń. (...) ścisłe zawężanie harmonogramu prowadzi do zmniejszenia potencjalnej możliwości zwiększenia liczby udzielanych świadczeń dodatkowo zniechęcając lekarzy do nadwykonań co

³³ Umowa nr 08R/20336/02/01/AOS/23.

³⁴ Umowa nr 08R/20336/02/01/AOS/2024.

³⁵ Badaniu poddano harmonogramy lekarzy udzielających świadczeń AOS dla dzieci w styczniu 2023 r. i 2024 r.

³⁶ Umowa nr 08R/20336/02/01/AOS/23.

³⁷ Umowa nr 08R/20336/02/01/AOS/2024.

staje się dodatkowym czynnikiem zmniejszającym dostępność do świadczeń. (...) W przypadku mojej osoby zgłoszony do NFZ harmonogram dotyczy jedynie 30 minut codziennej dyspozycyjności do udzielania konsultacji kardiologicznych w trudnych przypadkach klinicznych na prośbę innych kardiologów. W związku z funkcją dyrektora podmiotu leczniczego, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii dziecięcej oraz świadczenia konsultacji kardiologicznych dla szpitali z województwa opolskiego, nie mogę zwiększyć czasu przeznaczanego na ambulatoryjne świadczenia w ramach umowy z NFZ. Natomiast codzienna dyspozycyjność do konsultowania trudnych przypadków na prośbę innych kardiologów dziecięcych umożliwi szybkie rozwiązywanie problemów klinicznych pacjentów.

(akta kontroli str. 309-310, 322-323)

5. W harmonogramach przyjęć pacjentów³⁸ brak było:

- danych dotyczących nadanej kategorii świadczeniobiorcy: dla pacjentów kontynuujących leczenie oraz dla pacjentów pierwszorazowych; obowiązek wpisania w harmonogramie kategorii pacjenta wynikał z art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. d uśoz; ponadto w § 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 publicznych³⁹ wskazano, że w harmonogramie w kolumnie *kategoria świadczeniobiorcy* powinien być wpisany kod kategorii świadczeniobiorcy przyjmujący wartość określoną w Tabeli nr 15 załącznika nr 3 do ww. rozporządzenia;
- informacji dotyczącej rozpoznania lub powodu przyjęcia pacjenta, pomimo obowiązku określonego w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. f uśoz.

(akta kontroli str. 324-348, 351, 352-361)

Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że program do rejestracji pacjentów tutejszej placówki posiada przejrzysty panel pacjenta podzielony na zakładki dotyczące danych pacjenta – od informacji ze skierowania przez dane kontaktowe, po terminarz umawianych wizyt. Nie ma potrzeby aby rozpoznanie lub powód przyjęcia pacjenta były widoczne jeszcze w innych zakładkach. Po zakończonej wizycie lekarskiej taka informacja widnieje dodatkowo w kartotece pacjenta. System komputerowy (...) wykorzystywany do umawiania i rejestracji pacjentów określa pacjentów planowych jako kontynuujących leczenie (...) natomiast pacjenci pierwszorazowi określani są jako pilni lub stabilni. Ponieważ w systemie oznaczany jest dokładny czas wpisania do harmonogramu oraz czas realizacji świadczenia, określa to w sposób pośredni, czy pacjent był oczekującym, czy też przyjętym na bieżąco lub w przypadku pacjentów ze skierowaniem pilnym przyjęty w trybie nagłym. Brak uszczegółowienia naszego systemu w przejrzystym przedstawieniu wszystkich kategorii świadczeniobiorcy wynika z przekonania, że powyżej przedstawione dane w wystarczającym stopniu określają kategorię świadczeniobiorcy. Aktualne możliwości naszego oprogramowania wprowadzają niestety pewne ograniczenia, które postaramy się usunąć. Oprogramowanie w naszym podmiocie leczniczym jest systemem autorskim, który dedykowany jest dla potrzeb naszej przychodni. (...) Powyższe problemy i wiele innych niewątpliwie mogłoby zostać rozwiązanych, gdyby podmiotom leczniczym realizującym świadczenia medyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego udostępniono zintegrowany jednolity system informatyczny nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia.

(akta kontroli str. 363, 364, 365, 436)

³⁸ Wydruk harmonogramu przyjęć pacjentów w AOS dla dzieci za I kwartał 2023 r.

³⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.

6. Indywidualna dokumentacja medyczna 20 pacjentów objętych badaniem⁴⁰ prowadzona była w części niezgodnie z obowiązującym przepisami - we wszystkich przypadkach stwierdzono, że:

a/ dokumentacja medyczna nie zawierała adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej, do czego zobowiązywał art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. f, pkt. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴¹, w którym określono, że w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, dokumentacja medyczna powinna zawierać adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego;

b/ w ww. dokumentacji brak było kodu resortowego komórki, w której udzielono świadczenia, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nie podano tytułu zawodowego lekarza udzielającego świadczeń; powyższe stanowiło naruszenie § 10 pkt 1 lit. e, pkt. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja indywidualna powinna zawierać m.in.: nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, a także oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, tj.: m.in. tytuł zawodowy;

c/ wpisy dotyczące oznaczenia pacjenta zawierały braki dotyczące: określenia rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmującego jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony, oraz adresu miejsca zamieszkania pacjenta który, wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej; do zamieszczania w dokumentacji pacjenta powyższych danych zobowiązywał § 10 pkt 2 lit. a rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli str. 366-433)

W sprawie powyższych braków Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że (...) w systemie informatycznym naszego podmiotu gromadzone są wszystkie niezbędne dane. Nie wszystkie natomiast są generowane na wydruku z dokumentacji medycznej. Jest to związane z zamiarem unikania dublowania informacji. (...) Wszystkie gromadzone dane możemy drukować na odrębnych zestawieniach. (...) Dla zachowania jednak przejrzystości wydruków dokumentacji wprowadzimy poprawki w naszym oprogramowaniu, które umożliwią przedstawienie wszystkich pożądaných danych na wydrukach zintegrowanych z karatami zawierającymi dane medyczne z poszczególnych wizyt lekarskich.

(akta kontroli str. 365-370, 441)

OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny wykazany w umowie zawartej z NFZ, posiadał wymagane kwalifikacje, jednak nie wszystkie wskazane w niej osoby udzielały świadczeń w okresie objętym szczegółowym badaniem. W kontrolowanej jednostce prawidłowo ustalano kolejność przyjęcia pacjentów, a dokumentacja medyczna była należycie zabezpieczona i udostępniania uprawnionym osobom. Stwierdzono jednak przypadki braku pełnej realizacji obowiązków związanych z prowadzeniem harmonogramu przyjęć oraz indywidualnej dokumentacji medycznej, a także z informowaniem pacjentów m.in. o udogodnieniach dla

⁴⁰ Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną pacjentów pierwszorazowych przyjętych na pierwszą wizytę do poradni AOS dla dzieci w I kwartale 2023 r.: M. M. 17446/23, S. T. 17457/23, S. A. 37548/23, H. M. 37916/23, B. A. 6718/23, D. Z. 6714/23, W. M. 6714/23, G. M. 37923/23, M. B. 37517/23, K. S. 37520/23, B. L. 14430/23, C. K. 14431/23, Z. B. 14434/23, S. A. 3077/23, B. A. 3078/23, F. M. 1584/23, T. E. 6334/23, B. N. 39739/23, D. J. 39743/23, M. K. 1129/23.

⁴¹ Dz. U z 2024 r. poz. 581. dalej: ustawa o prawach pacjenta.

osób niepełnosprawnych czy też adresach i numerach telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

OBSZAR

2. Współpraca AOS i POZ w obszarze udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w NZOZ nie wdrożono rozwiązań organizacyjnych zapewniających przeprowadzanie stałych lub okresowych konsultacji pomiędzy lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁴² i lekarzami AOS innych podmiotów leczniczych. W zakresie współpracy z lekarzami innych podmiotów leczniczych Zastępca Dyrektora NZOZ wyjaśniła, że *system informatyczny naszego podmiotu leczniczego umożliwia od 1 lipca 2021 r. przekazywanie informacji o udzielanych świadczeniach do centralnej elektronicznej ewidencji medycznej. Takie informacje są oczywiście przekazywane ale niestety nie gwarantuje to płynnej komunikacji z placówkami POZ. (...) Nasz podmiot leczniczy nie ma w swoich strukturach POZ (...) nawiązanie stałej i systematycznej współpracy polegającej na częstym komunikowaniu się jest z oczywistych względów niemożliwe. Oczywiście zdarzają się sytuacje i to nie rzadko, że lekarze komunikują się ze sobą telefonicznie w szczególnych przypadkach klinicznych (...).*

(akta kontroli str. 221-222)

Badanie dokumentacji medycznej 20 pacjentów (którzy w 2023 r. ukończyli 18 rok życia⁴³) przyjętych przez lekarzy w NZOZ w 2023 r. wykazało, że:

- w 20 przypadkach lekarze kierujący do specjalisty nie dołączyli do skierowań wyników badań diagnostycznych pacjentów, w jednym przypadku do skierowania dołączono wynik badania USG;
- w 10 przypadkach lekarze kierujący do specjalisty nie przekazali informacji o dotychczasowym leczeniu pacjentów, pomimo obowiązku wynikającego z § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU; w pozostałych dziesięciu przypadkach w skierowaniach wskazano rozpoznania dotychczasowych chorób pacjentów;
- w 15 przypadkach świadczeń lekarze AOS nie sporządzili Informacji dla lekarza kierującego/POZ od pierwszej wizyty do zakończenia leczenia w poradni AOS dla dzieci, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w pięciu przypadkach lekarz udzielający świadczeń w poradni endokrynologicznej dla dzieci, podczas pierwszej i każdej kolejnej wizyty sporządzał Informację dla lekarza kierującego/POZ⁴⁴, brak było natomiast potwierdzenia, że sporządzona informacja została przekazana do lekarza kierującego co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w ocenie lekarzy udzielających świadczeń, zarówno skierowanie pacjentów na leczenie specjalistyczne, jak zastosowany tryb skierowania były uzasadnione;
- dwóch pacjentów, którzy ukończyli 18 rok życia, kontynuowało leczenie w NZOZ w poradni AOS dla dorosłych, ośmiu pacjentów otrzymało skierowanie do poradni AOS dla dorosłych, w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów wskazano, że nie ma podstaw do kontynuacji leczenia i zostało ono zakończone, w trzech przypadkach pacjent nie zgłosił się na wizytę końcową, a w pozostałych trzech przypadkach w dokumentacji medycznej odnotowano, że pacjent z uwagi na ukończenie 18 lat powinien kontynuować leczenie w poradni AOS dla dorosłych;

⁴² Dalej: POZ.

⁴³ Pacjenci, którzy leczyli się w tym podmiocie z powodu choroby przewlekłej (przynajmniej trzy wizyty w danym zakresie świadczeń AOS dla dzieci).

⁴⁴ System w części dotyczącej udzielanej porady, posiada tzw. zakładkę pn. Informacja dla lekarza POZ.

- przed zakończeniem udzielania świadczeń pacjentom nie wykonywano odrębnych lub dodatkowych badań związanych ze zbliżającym się okresem uzyskania pełnoletności.

(akta kontroli str. 242-250)

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że *po zakończeniu leczenia w naszych poradniach specjalistycznych w związku z osiągnięciem pełnoletności pacjent informowany jest o konieczności zgłoszenia się do poradni specjalistycznej dla dorosłych lub definitywnym zakończeniu leczenia. Pacjenci muszą we własnym zakresie wybrać dogodną dla nich poradnię. Nasi pacjenci przyjeżdżają do nas z całego województwa. Ponieważ poradni specjalistycznych dla dorosłych jest zwykle znacznie więcej niż AOS pediatrycznych wybierają oni często poradnię w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. Niekiedy możemy zaproponować kontynuację leczenia w naszych poradniach dla dorosłych (alergologiczna, kardiologiczna). Pacjent przechodzący do poradni specjalistycznych innego podmiotu leczniczego otrzymuje kartę informacyjną z ostatniej porady oraz na jego wniosek wydruk całej historii świadczeń medycznych udzielonych w naszym pomieszczeniu.*

(akta kontroli str. 221, 222-223)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W przypadku 15 pacjentów⁴⁵ lekarze poradni AOS dla dzieci⁴⁶ nie sporządzali Informacji dla lekarza kierującego/ POZ w całym okresie leczenia do ukończenia przez te osoby 18 roku życia. Ponadto w przypadku pięciu pacjentów⁴⁷ lekarz poradni endokrynologicznej dla dzieci, pomimo tego, że sporządzał w trakcie każdej wizyty ww. informacje, to jednak nie przekazywał ich lekarzom kierującym. Stanowiło to naruszenie obowiązku określonego w § 12 ust. 4 i 5 rozporządzenia w sprawie OWU, zgodnie z którym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego pacjenta lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. o rozpoznaniu, sposobie leczenia, ordynowanych lekach, wyznaczonych wizytach kontrolnych, a informacje te należy przekazywać nie rzadziej niż co 12 miesięcy w przypadku gdy pacjent objęty leczeniem wymaga m.in. okresowego monitorowania. Powyższy obowiązek wynikał również z § 2 ust. 1 pkt 35 Zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w myśl którego (...) *świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego i obejmujące łącznie: podjęcie decyzji diagnostycznej oraz przekazanie Informacji dla lekarza kierującego/POZ.*

(akta kontroli str. 242-250)

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że *W Naszej ocenie informacją dla lekarza jest wydrukowany dokument z udzielonego świadczenia i wydany pacjentowi na każdej wizycie. To pacjent decyduje, czy przekaze dalej swojemu lekarzowi POZ tą informację czy też nie. Wydruk z udzielonej porady zawiera informacje o rozpoznaniu, leczeniu i dalszych zaleceniach, to jest bardziej szczegółowa informacja niż ta na wzorze dokumentu, który określił Prezes NFZ. Czy pacjent przekaze ten dokument lekarzowi nie mamy na to wpływu.*

⁴⁵ Kartoteka nr: KAR 8103/06, KAR 33625, KAR 37496/23, KAR 17542, KAR 7117/05, KAR 32339/19, KAR 29945/18, KAR 8392/06, ALE 17552/23, ALE 16256/21, BAR 3071/22, GAS 6580/22, GAS 6580/22, NEF 16256/21, NEF 4614/16.

⁴⁶ Poradni kardiologicznej, alergologicznej, metabolizmu i gastroenterologicznej.

⁴⁷ END 13337/21, END 12257/19, END 14447/23, END 3458/05, END 10227/16.

Dyrektor NZOZ wyjaśnił też: *Mam wątpliwości natury prawnej czy takie udostępnianie informacji przez lekarza specjalistę, bez zgody pacjenta jest prawidłowe, mając na uwadze obowiązek wyrażenia zgody przez pacjenta przy dostępie do jego dokumentacji w wersji cyfrowej w EDM (elektroniczny system dokumentacji medycznej).*

(akta kontroli str. 299-300)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że świadczeniodawca realizując umowę zawartą z NFZ jest zobowiązany do przestrzegania obowiązujących przepisów, które w tym przypadku w sposób jednoznaczny obligują do przekazywania ww. informacji lekarzom kierującym pacjentów do leczenia specjalistycznego.

OCENA CZĄSTKOWA

W uzasadnionych przypadkach, pacjentom którzy ukończyli 18 rok życia, zapewniono możliwość kontynuowania leczenia w NZOZ lub w innych podmiotach. Stwierdzono jednak, że lekarze udzielający w NZOZ świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS dla dzieci nie przekazywali lekarzom kierującym wymaganymi informacjami dotyczącymi m.in. rozpoznania, sposobu leczenia, ordynowanych leków, czy wyznaczonych terminach wizyt kontrolnych.

IV. 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. Zapewnienie udzielania świadczeń przez osoby wykazane w umowach zawartych z NFZ oraz w czasie określonym w obowiązującym harmonogramie.
2. Wzmocnienie nadzoru nad sporządzaniem harmonogramów przyjęć pacjentów.
3. Zapewnienie ujmowania w indywidualnej dokumentacji medycznej wszystkich danych wymaganych obowiązującymi przepisami .
4. Podjęcie skutecznych działań zapewniających sporządzanie i przekazywanie lekarzom kierującym/POZ wymaganych informacji dotyczących pacjentów objętych leczeniem.

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

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

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

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

Opole, 18 grudnia 2024 r.

Kontroler
Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor
Iwona Zyman

.....
podpis