



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W POZNANIU

LPO.410.24.2.2024

Izabela Marciniak
Dyrektor
Specjalistyczny Zespół Opieki
Zdrowotnej nad Matką i
Dzieckiem w Poznaniu
ul. Adama Wrzosa 1
60-663 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, ul. Adama Wrzoska 1, 60-663 Poznań
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Marciniak, Dyrektor, od 1 lipca 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Spełnianie przez podmiot leczniczy wymagań wynikających z obowiązujących przepisów w zakresie udzielania świadczeń 2. Współpraca AOS ¹ i POZ ² w obszarze udzielania świadczeń
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024 (do 8 listopada 2024 r.) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	Kinga Płóciennik, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/131/2024 z 19 września 2024 r. Jakub Łakomecki, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/126/2024 z 12 września 2024 r. (akta kontroli str.1-3)

¹ Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

² Podstawowa Opieka Zdrowotna.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja i sposób wykonania świadczeń były zgodne z postanowieniami umowy zawartej z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu⁵. Zespół spełnił warunki realizacji świadczeń m.in. w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, czasu udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt. System informatyczny Zespołu pozwalał osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych na wymianę niezbędnych w procesie leczenia informacji o pacjentach. Harmonogramy przyjęć pacjentów oraz listy oczekujących co do zasady prowadzone były prawidłowo, a stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości miały charakter incydentalny i nie wpływały na prawidłową realizację umów oraz zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych. Rzetelnie też rozliczano z publicznym płatnikiem wykonane świadczenia.

Dokumentacja medyczna dotycząca udzielania świadczeń w ramach AOS dla dzieci często (85% ze zbadanej próby 20 dokumentacji) nie zawierała odpowiednich informacji o współpracy z lekarzami POZ kierującymi pacjentów na świadczenia specjalistyczne. Zespół nie poinformował również WOW NFZ o trzech przypadkach przerw w udzielaniu świadczeń w ramach AOS dla dzieci.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 31 października 2024 r. Zespół realizował świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie m.in. POZ i AOS. Świadczenia te, w tym świadczenia AOS dla dzieci, realizowane były w trzech zakładach leczniczych Zespołu: Wielkopolskim Centrum Pediatrii, Szpitalu św. Rodziny oraz Zespole Poradni Specjalistycznych. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci był zgodny z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁷.

W okresie objętym kontrolą Zespół, na podstawie umowy zawartej z NFZ⁸, udzielał świadczeń dla dzieci w ramach AOS w 17 zakresach, tj.: alergologii, chorób zakaźnych, endokrynologii, gastroenterologii, onkologii i hematologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, otolaryngologii, gruźlicy i chorób płuc, logopedii, dermatologii,

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: WOW NFZ.

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Nr księgi rejestrowej 000000016142.

⁸ Umowy numer 150003180/02/1/0122/0/12/16, 150003180/03/8/0031/0/17/21 oraz 150003180/03/8/0031/0/23/27 wraz z aneksami, dalej: umowa NFZ.

neonatologii, ortopedii, chirurgii ogólnej oraz preluksacji.

(akta kontroli str. 327-596)

Regulamin organizacyjny⁹, w którym opisano m.in. strukturę, organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek działalności medycznej, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, odpowiadał wymaganiom określonym w art. 24 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰. Informacje te podano do publicznej wiadomości pacjentów poprzez umieszczenie ich na tablicy informacyjnej na terenie Szpitala oraz opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej Zespołu. Natomiast aktualne informacje, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej¹¹ zostały (zgodnie z wymaganiami przywołanego przepisu) zamieszczone również na stronie internetowej Zespołu.

(akta kontroli str. 14-204)

Oględziny pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia w ramach AOS dla dzieci w zakresach alergologii, dermatologii oraz kardiologii wykazały, że:

- pomieszczenia oznakowane były zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹² (§11 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU). Dodatkowo, w Zespole udostępniono dwa stanowiska komputerowe, przy pomocy których świadczeniobiorcy mogli uzyskać aktualną 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,
- wyposażenie w sprzęt w badanych zakresach AOS dla dzieci było zgodne z umową z NFZ. Poddane oględzinom urządzenia posiadały aktualne przeglądy techniczne i były dopuszczone do użytkowania. Przeglądów dokonywano zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu,
- na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych widniały wszystkie informacje, które świadczeniodawca był zobowiązany podać, zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU,
- pomieszczenia poddane oględzinom były przystosowane dla osób niepełnosprawnych – szerokość wejść do pomieszczeń umożliwia¹³

⁹ Tekst jednolity ustalony Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego Zespołu nr DN-021-1-31/23 z 7 sierpnia 2023 r.

¹⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

¹¹ Tj. dotyczące rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

¹² Dz.U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie OWU.

¹³ Parametry drzwi wejściowych zostały określone w § 62 ust. 1 rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny

wjazd osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, nie występowały przeszkody (progi) w płaszczyźnie podłogi, a kozetki lekarskie posiadały barierki i uchwyty ułatwiające przemieszczanie się. W budynku znajdowały się dwie windy osobowe, których wielkość pozwalała na przewożenie łóżek medycznych z pacjentami. Parametry techniczne wind były zgodne z normami wskazanymi w § 193 rozporządzenia w sprawie warunków technicznych¹⁴. Pomieszczenia toalet spełniały wymagania określone w § 86 ww. rozporządzenia w zakresie minimalnej przestrzeni manewrowej¹⁵, braku progów, odpowiednio przystosowanej miski ustępowej i umywalki oraz zainstalowania uchwytów ułatwiających korzystanie z nich.

(akta kontroli str. 616-632)

Badanie pod względem zgodności personelu wskazanego do udzielania świadczeń¹⁶ oraz faktycznie udzielającego świadczenia w ramach AOS dla dzieci przeprowadzono wg stanu ujętego w harmonogramach dla stycznia 2023 r. oraz stycznia 2024 r. Weryfikację przeprowadzono w oparciu o grafiki pracy personelu medycznego w ww. okresach oraz szczegółowy wykaz udzielonych w nich świadczeń. Stwierdzono, że w badanych okresach ww. świadczeń udzielał personel ujęty w załączniku do umowy, w dniach i godzinach wykazanych w umowie. Czas pracy lekarzy specjalistów udzielających w ww. okresach świadczeń AOS dla dzieci był zgodny z zadeklarowanym przez świadczeniodawcę na etapie prowadzonego postępowania konkursowego oraz wymogami określonymi w załączniku 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 zdrowotnej¹⁷ i wynosił co najmniej 50% czasu pracy lekarzy i pielęgniarek w poradniach.

(akta kontroli str. 327-596; 597-615)

Według stanu na 31 sierpnia 2024 r. we wszystkich 17 zakresach AOS dla dzieci świadczeń specjalistycznych udzielało 45 lekarzy¹⁸, trzech

odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 Nr 75, poz. 690 ze zm. dalej: rozporządzenie w sprawie warunków technicznych). W budynku użyteczności publicznej drzwi wewnętrzne (z wyjątkiem drzwi do pomieszczeń technicznych i gospodarczych), powinny mieć co najmniej szerokość 0,9 m i wysokość 2 m w świetle ościeżnicy.

¹⁴ Kabina dźwigu osobowego dostępna dla osób niepełnosprawnych powinna mieć szerokość co najmniej 1,1 m i długość 1,4 m, poręcze na wysokości 0,9 m oraz tablicę przyzywową na wysokości od 0,8 m do 1,2 m w odległości nie mniejszej niż 0,5 m od naroża kabiny z dodatkowym oznakowaniem dla osób niewidomych i informacją głosową.

¹⁵ Minimalna przestrzeń wynosiła 1,5 m x 1,5 m.

¹⁶ Wskazanego w załączniku nr 2 do umowy z WOW NFZ

¹⁷ Dz. U, z 2006 r. poz. 1372. Zgodnie z § 5 ust 1 wspomnianego rozporządzenia, oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej.

¹⁸ Dwóch specjalistów alergologii, dwóch specjalistów chirurgii, trzech specjalistów chorób zakaźnych, trzech specjalistów endokrynologii, dwóch specjalistów gastroenterologii, czterech specjalistów laryngologii, dwóch specjalistów neurologii, pięciu specjalistów okulistów, sześciu specjalistów ortopedów, trzech specjalistów w poradni patologii noworodków i wcześniaków, czterech specjalistów w poradni

logopedów, dwóch techników RTG i siedem pielęgniarek. Podstawową formą zatrudnienia wszystkich lekarzy specjalistów były umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a pielęgniarek umowy o pracę oraz umowy zlecenia.

Udzielający świadczeń lekarze i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ oraz posiadali wymagane kwalifikacje. Badaniem szczegółowym objęto zmiany harmonogramów udzielania świadczeń w 2023 r. i stwierdzono, że wszystkie zmiany harmonogramów osób i miejsca udzielania świadczeń zgłaszane były drogą elektroniczną do WOW NFZ i aktualizowane. Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami zgłoszonymi do NFZ¹⁹, a zmiany nie naruszały postanowień umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ogólnej liczby godzin pracy poradni specjalistycznych i procentowego udziału czasu pracy lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek.

W latach 2021-2024 (do 31 sierpnia) nie zachodziły istotne zmiany liczby personelu udzielającego świadczeń²⁰. Średni wiek lekarza według stanu na koniec danego roku oraz na 31 sierpnia 2024 r. wynosił odpowiednio 54, 56, 54 i 53 lata, a pielęgniarki odpowiednio 54, 55, 56 i 57 lat.

(akta kontroli str. 327-596; 646-650)

W latach objętych kontrolą wystąpiły niedobory kadrowe dotyczące lekarzy specjalistów realizujących świadczenia AOS dla dzieci w poradni gastroenterologicznej. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że umowa z NFZ wymaga, aby lekarze specjaliści w danym zakresie udzielali świadczeń medycznych przez min. 12h/dobę, podczas gdy liczba godzin udzielania świadczeń zgłoszonych do NFZ w ww. poradni wynosi 10h/dobę²¹, a świadczeń tych udziela dwóch lekarzy specjalistów. Ww. niedobór nie miał wpływu na realizację świadczeń AOS udzielanych w Poradni Gastroenterologicznej – poziom realizacji umowy w tym zakresie wynosił 114,3% (oraz 125,5% dla świadczeń pierwszorazowych) w 2022 r. oraz 134,5% (144,1% dla świadczeń pierwszorazowych) w 2023 r.

Odnosząc się do kwestii niedoborów kadrowych, Z-ca Dyrektora stwierdziła, że [...] *problem braku lekarzy specjalistów, którzy chcieliby podjąć pracę w systemie NFZ na rynku pracy jest problemem ogólnopolskim. Szpital w ramach swojego zakresu podejmuje działania mające na celu pozyskanie specjalistów, poprzez ogłaszanie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poprzez kontakty z lekarzami już zatrudnionymi w Zespole. W okresie od 2021 r. do 2024 r. udało się pozyskać lekarzy specjalistów w zakresach chirurgii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, okulistyki, endokrynologii, kardiologii i alergologii.*

preluksacyjnej oraz po jednym specjaliście w poradniach dermatologicznej, hematologicznej, kardiologicznej, nefrologicznej, oraz pulmonologicznej.

¹⁹ Badaniu poddano wszystkie osoby udzielające świadczeń AOS dla dzieci w 2023 r.

²⁰ W 2021 r. i 2022 r. świadczeń udzielało 42 lekarzy, w 2023 r. 43 lekarzy, a na 31 sierpnia 2024 r. 45 lekarzy. Stan zatrudnienia pielęgniarek w okresie objętym kontrolą nie zmieniał się.

²¹ Tj. ok. 85% czasu pracy wskazanego w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 653-658)

Zespół czterokrotnie zawieszał udzielanie świadczeń zdrowotnych (w zakresach związanych ze świadczeniami AOS dla dzieci):

1) 29 marca 2024 r., w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym od pracy w zamian za święto przypadające 6 stycznia 2024 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń miała nastąpić w Zespole Poradni Specjalistycznych przy ul. A. Wrzoska 1.

2) 10 listopada 2023 r., w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym od pracy w zamian za święto przypadające 11 listopada 2023 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń miała nastąpić w Zespole Poradni Specjalistycznych przy ul. A. Wrzoska 1 oraz Poradni Położniczo-Ginekologicznej przy ul. Niegolewskich 29.

3) pismem z 8 marca 2022 r.²² poinformowano WOW NFZ o przerwach w udzielaniu świadczeń spowodowanych przenosinami działalności szpitala do nowej lokalizacji:

- 8 kwietnia 2022 r. zawieszono działalność poradni specjalistycznych przy ul. Spornej, wznowienie działalności w nowej lokalizacji 11 kwietnia 2022 r.,
- 28 kwietnia 2022 r. zawieszono działalność Poradni Chirurgicznej i Ortopedycznej, wznowienie działalności w nowej lokalizacji 29 kwietnia 2022 r.,
- 29 kwietnia 2022 r. zawieszono przyjęcia w Pracowni Tomografii Komputerowej w zakresie badań ambulatoryjnych na okres od trzech do sześciu tygodni.

4) 7 stycznia 2022 r. w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym od pracy w zamian za święto przypadające 1 stycznia 2022 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń nastąpiła w Poradni Neurologii Wieku Rozwojowego przy ul. Spornej, Poradni Chirurgicznej przy ul. Krysiewicza oraz Poradni Ginekologicznej przy ul. Niegolewskich.

Informacje o przerwach w udzielaniu świadczeń 29 marca 2024 r., 10 listopada 2023 r. oraz 7 stycznia 2022 r. zostały udostępnione pacjentom poprzez wywieszenie na tablicy w holu budynku oraz zamieszczenie na stronie internetowej Zespołu. Zawiadomienia o przerwie w udzielaniu świadczeń w terminach wymienionych w punktach: 1,2,4 nie zostały przekazane do WOW NFZ, co opisano w Sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 758-786)

W okresie 2021-2024 (do 31 sierpnia) Szpital wykonał świadczenia AOS dla dzieci na łączną kwotę 36 247,7 tys. zł, z czego w 2021 r. 6 731,6 tys. zł, co stanowiło 98,86% umownej kwoty zobowiązania, w 2022 r. odpowiednio 8 761,3 tys. zł – 125,67%, w 2023 r. 11 608,7 tys. zł – 114,41%, a do 31 sierpnia 2024 r. 9 146,1 tys. zł – 79,58%²³.

Po zmianach dokonanych w poszczególnych latach, według stanu na 31 grudnia kolejnych lat 2021 – 2023 oraz 31 sierpnia 2024 r., finansowe

²² Oraz uzupełnienie informacji przekazane 15 marca 2022 r.

²³ Wartość umów pierwotnych w poszczególnych latach wynosiła 6 808,9 tys. zł w 2021 r., 6 971,9 tys. zł w 2022 r., 10 147 tys. zł 2023 r. oraz 11 493 tys. zł w 2024 r.

wykonanie umów wynosiło odpowiednio 99,53%, 95,08%, 93,95% i 69,13%²⁴.

W latach 2021-2024 w Zespole, udzielono łącznie 210,2 tys. świadczeń w zakresach AOS dla dzieci, w tym 53,6 tys. w 2021 r., 54,2 tys. w 2022 r., 59,0 tys. w 2023 r. oraz 43,4 tys. świadczeń w 2024 r. (do 31 sierpnia).

(akta kontroli str. 659-757; 787-794)

1.2. W Szpitalu harmonogram przyjęć pacjentów prowadzono zgodnie z zasadami określonymi w § 76 Regulaminu Organizacyjnego²⁵ oraz w oparciu o procedurę wewnętrzną w tym zakresie²⁶. Ustalanie przyjęcia do Poradni Specjalistycznych odbywało się osobiście, w godzinach pracy rejestracji, telefonicznie lub drogą mailową. Harmonogramy przyjęć na świadczenia w I kwartale 2023 r. zawierały wszystkie dane, o których mowa w ustawie z 16 stycznia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷, wskazywały termin udzielenia świadczenia, kategorię świadczeniobiorcy, datę oraz przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć lub zmiany terminu i jej przyczyny. Harmonogramy prowadzono, zgodnie z art. 20 ust. 5 ww. ustawy, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W pierwszym kwartale 2023 r. pacjentów wpisywano do harmonogramów stosując dwie kategorie świadczeniobiorców: pierwszorazowych²⁸ oraz pacjentów kontynuujących leczenie, którzy mieli planowaną kolejną wizytę w ramach procesu leczenia. W badanych harmonogramach nie stwierdzono przypadków udzielenia świadczeń pacjentom z pominięciem listy oczekujących.

(akta kontroli str. 795-798)

Analizą objęto harmonogramy przyjęć oraz dokumentację medyczną 20 pacjentów pierwszorazowych, wpisanych w I kwartale 2023 r., z czego 14 w ramach kategorii medycznej – przypadek stabilny i sześciu w ramach kategorii medycznej – przypadek pilny. Podstawę ustalania kategorii pacjenta stanowiły adnotacje lekarzy POZ umieszczone na skierowaniach do poradni specjalistycznych. W badanej grupie stwierdzono zgodność dokumentacji medycznej 17 pacjentów z zakresem danych ujętych w harmonogramach przyjęć, a w trzech przypadkach wystąpiły rozbieżności, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 795-812)

²⁴ Wartość umowy po zmianach wynosiła odpowiednio 6 763,2 tys. zł, 9 215 tys. zł, 12 356,4 tys. zł i 13 230 9 tys. zł.

²⁵ Regulamin Organizacyjny stanowiący załącznik do Zarządzenia nr DN-021-1-31/23 z 7 sierpnia 2023 r.

²⁶ Procedura PM-06 obowiązująca od 4 marca 2024 i zastępująca procedurę z 9 lutego 2024 r, 22 lutego 2022 r, oraz wcześniejszą procedurę: prowadzenie list oczekujących na świadczenia zdrowotne z 5 sierpnia 2019 r.

²⁷ Dz. U. z 2024 poz. 146, dalej: ustawą o świadczeniach.

²⁸ to każda osoba zgłaszająca się z problemem medycznym po raz pierwszy, nie będąca w toku leczenia w ramach danej komórki organizacyjnej.

W badanej grupie poprawnie zaklasyfikowano 19 pacjentów w zakresie wizyt pierwszorazowych²⁹ lub kontynuacji leczenia, za wyjątkiem jednego, o czym mowa szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.795-812)

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia według stanów na 31 grudnia (od 2021 r. do 2023 r.) oraz koniec I półrocza 2024 r. wykazała największy wzrost w kategorii pacjentów „pilnych” w Poradniach:

- Alergologicznej wzrost o 656% (w 2022 r. w stosunku do 2021 r.)
- Chirurgicznej o 242% (w 2023 r. w odniesieniu do 2022 r.) oraz 269% (na koniec I półrocza 2024 w stosunku do 31 grudnia 2023 r.),
- Gruźlicy i Chorób Płuc o 500% (w 2022 w porównaniu z 2021 r.),
- Chorób Zakaźnych o 208% (w 2023 r. w odniesieniu do 2022 r.),
- Laryngologicznej o 494% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Preluksacyjnej o 500% (w 2022 r. w porównaniu z 2021 r.),
- Ortopedycznej i Wad Postawy o 553% (w 2022 r. w porównaniu z 2021 r.).

Natomiast w przypadku pacjentów zakwalifikowanych jako „stabilni” tendencje wzrostowe wystąpiły w Poradniach:

- Alergologicznej o 289% (w 2022 r. w stosunku do 2021 r.) oraz 145% (na koniec I półrocza 2024 r. w stosunku do 31 grudnia 2023 r.),
- Laryngologicznej o 335% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Okulistycznej o 234% (w 2022 r. do 2021 r.) oraz 407% (w 2023 r. w porównaniu z rokiem poprzednim),
- Patologii Noworodków i Wcześnieńców o 271% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Ortopedycznej i Wad Postawy o 548% (w roku 2023 r. do 2022 r.).

(akta kontroli str. 813-907)

W badanym okresie średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wzrósł w największym stopniu dla pacjentów „pilnych” w Poradni:

- Alergologicznej o 964% (w roku 2022 w porównaniu z rokiem poprzednim),
- Chorób Płuc i Gruźlicy o 440% (w 2023 r. w odniesieniu do 2022 r.),
- Gastroenterologicznej o 679% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Laryngologicznej o 188% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Preluksacyjnej o 200% (w 2022 r. do 2021 r.),
- Ortopedycznej i Wad Postawy o 193% (w 2022 r. do 2021 r.),

Dla pacjentów „stabilnych” w Poradni:

- Alergologicznej o 126% (w roku 2022 w porównaniu z 2021 r.),
- Gastroenterologicznej o 197% (w 2022 r. do 2021r.),
- Laryngologicznej o 118% (w 2023 r. do 2022 r.),
- Okulistycznej o 109% (w roku 2023 do 2022 r.),
- Ortopedycznej i Wad Postawy o 222% (w 2022 r. do 2021 r.).

(akta kontroli str. 813-907)

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że *tendencja wzrostowa dotycząca liczby osób oczekujących zarówno dla przypadków pilnych, jak stabilnych jest częściowo wynikiem końcowym pandemii. Z jednej strony długim okresem ograniczenia dostępności do świadczeń (...) strachem przed wizytami w podmiotach*

²⁹ Wizyta, dla której upłynęło 730 dni od jednego do drugiego cyklu leczenia tej samej choroby.

lecniczych, z drugiej powikłaniami po infekcjach covidowych i covidowo-podobnych, w szczególności dla poradni chorób płuc i gruźlicy, alergologicznej, neurologicznej, gastroenterologicznej.

Wzrost liczby oczekujących jest jednoznaczny ze wzrostem średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na wizytę. Najlepszym rozwiązaniem byłaby możliwość pozyskania dodatkowych lekarzy specjalistów. Niestety problem lekarzy specjalistów i ich dostępności to problem ogólnokrajowy. Stąd też tendencja wzrostowa co do liczby oczekujących i średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w wyszczególnionych poradniach. Tak też brak dostępności na rynku lekarzy specjalistów jest główną przyczyną zaistniałej sytuacji. W celu ograniczenia skali ww. zjawiska podjęto działania poprzez pozyskanie lekarzy specjalistów. Udało się pozyskać nowego alergologa dla dzieci, endokrynologa dla dzieci i kardiologa dla dzieci jak i hematologa.

(akta kontroli str. 911-914)

W zakresie oceny zasadności kierowania pacjentów do AOS przez lekarzy POZ, Dyrektor Zespołu, wyjaśniła, że *kwestionowanie zasadności kierowania pacjentów do AOS przez lekarzy POZ byłoby zbyt daleko idące. Nie posiada wiedzy, która uprawniałaby Dyrektora Zespołu do kwestionowania potrzeby udzielenia świadczeń medycznych przez lekarza specjalistę.* Wskazała również, że lekarz POZ powinien wykonać diagnostykę podstawową pacjentowi, która powinna stanowić podstawę skierowania do lekarza specjalisty.

(akta kontroli str. 911-914)

W 2023 r w ramach 17 zakresów AOS dla dzieci udzielono 59 tys. świadczeń, w tym 4,5 tys. w formie teleporady, co stanowiło 7,65% ogółu świadczeń. Największy odsetek porad w formie teleporady udzielono w Poradni Nefrologicznej (53,2% z 2,4 tys. udzielonych), Poradni Hematologicznej (32,8% z 3,6 tys.), oraz Poradni Endokrynologicznej (30,6% z blisko 2 tys.). W Zespole nie obowiązywały wewnętrzne regulacje dotyczące udzielania teleporad.

(akta kontroli str. 908-910)

1.3. W styczniu 2023 r. Zespół w ramach 17 zakresów AOS dla dzieci udzielił 5 tys. świadczeń o wartości 943 tys. zł. Dane przedstawione za ww. okres w zbiorczej dokumentacji medycznej w formie raportu z wykonanych świadczeń w Poradniach, były zgodne z przedstawionym poziomem realizacji umowy za wskazany okres oraz wykazem przyjęć. Wykaz przyjęć zrealizowanych w Poradniach zawierał wszystkie elementy wymagane § 40 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2024 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.³⁰ Świadczenia rozliczono na podstawie wystawionych faktur, zgodnie z rzeczywistym zakresem ich udzielenia. Zespół przygotowywał raporty statystyczne w celu rozliczania udzielonych świadczeń z NFZ w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML³¹, zgodnie z zarządzeniem 164/2023/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 10 listopada 2023 r. zmieniającym

³⁰ Dz.U. z 2024 r. poz. 798.

³¹ o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j ustawy o świadczeniach (w związku z art. 19a ust. 4 pkt 1).

zarządzenie w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego. Format ten, zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Zespołu, *uniemożliwia wygenerowanie w/w komunikatu plikiem Excel*.

(akta kontroli str.915-967)

1.4. Badaniem w zakresie kompletności i prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej objęto 20 pacjentów pierwszorazowych, o których mowa w pkt 1.2 wystąpienia, wpisanych do harmonogramów w I kwartale 2023 r. Dokumentacja medyczna tych osób prowadzona była w formie elektronicznej i spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta³². Historie zdrowia i choroby pacjentów zawierały elementy wymienione w § 38 rozporządzenia³³ w sprawie dokumentacji. Strony wydruku dokumentacji były numerowane, pierwsze strony wydruku dokumentacji indywidualnej zawierały oznaczenie pacjenta (imię oraz nazwisko, numer pesel oraz nadany numer ewidencyjny kartoteki). Szpital zdefiniował zakres dostępu do danych medycznych w zależności od grupy zawodowej personelu. W danych tworzonych w trakcie udzielania świadczenia medycznego, wpisy były autoryzowane nazwiskiem osoby udzielającej świadczenia, datą oraz godziną dokonania wpisu. Wpisów w dokumentacji dokonywano na bieżąco, po udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Dokumentacja medyczna zawierała również oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której ich udzielono, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. System informatyczny zapewniał osobom uprawnionym (w zakresie nadanych uprawnień) stały dostęp do dokumentacji medycznej prowadzonej przy jego użytkowaniu. Zapewniał również zabezpieczenie danych³⁴ przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione. Dokonanie przez pracownika wpisów bądź ewentualna ich modyfikacja możliwa była tylko w zakresie nadanych indywidualnych uprawnień, do momentu zakończenia leczenia³⁵. Systematycznie tworzone kopie zapasowe baz danych systemu medycznego i przechowywano je w pomieszczeniach odrębnych od tych, w których na bieżąco eksploatowano te dane. Kopie zapasowe serwera plików wykonywane były automatycznie w godzinach 10:00 i 13:00, a pełna kopia zapasowa danych raz na dobę. Kopia ta zapisywana była na dyskach zewnętrznych, tj. dedykowanych do tego celu serwerach,

³² Tj. Oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: (nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, datę sporządzenia.

³³ M.in. ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów (tj. 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), porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, przebytych chorobach.

³⁴ Np. poprzez czasową blokadę możliwości wprowadzania zmian i usuwania plików.

³⁵ Tj. do dnia wypisu pacjenta z oddziału, izby przyjęć, zakładu.

znajdujących się w wyodrębnionych pomieszczeniach w innej lokalizacji (serwerowni). Nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy wykonywano testowe odtworzenie systemu i danych z posiadanych nośników kopii bezpieczeństwa. Aktualizacja systemu wykonywana była raz w miesiącu³⁶, a w przypadku systemów antywirusowych codziennie. W Zespole opracowano i stosowano pisemne procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów informatycznych wraz z oszacowaniem ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej³⁷.

(akta kontroli str. 299-326; 968-988)

1.5. W okresie objętym kontrolą, w Zespole przeprowadzono sześć kontroli udzielania świadczeń AOS:

- dwie przeprowadził WOW NFZ w zakresie świadczeń okulistyki dla dzieci oraz świadczeń chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu dla dzieci. Zalecono, aby w paszportach technicznych sprzętu zamieszczać termin następnego przeglądu technicznego. Zalecenie zostało wykonane.

- jedna Okręgowego Urzędu Miar w Poznaniu w zakresie użytkowania przyrządów pomiarowych zgodnie z warunkami właściwego ich stosowania. Kontrolujący nie stwierdzili nieprawidłowości, nie sformułowali uwag ani wniosków,

- trzy Wojewody Wielkopolskiego³⁸ w zakresach bazy leczenia w Poradniach Gruźlicy i Chorób Płuc, Nefrologicznej oraz oceny zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. W ich wyniku zalecono: złożenie w organie rejestrowym Wojewody wniosku aktualizującego strukturę organizacyjną podmiotu (zalecenie wykonane), przeprowadzenie postępowania konkursowego na obsadę naczelnej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych ośmiu oddziałów szpitalnych (zalecenie wykonane), udostępnienie do wiadomości pacjentów informacji o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej (zalecenie wykonane) oraz zwiększenie liczby nefrologów dziecięcych³⁹ - zalecenie nie zostało wykonane - w poradni nefrologicznej nadal przyjmował jeden lekarz specjalista⁴⁰. Czas pracy ww. lekarza udzielającego świadczeń był zgodny z zadeklarowanym przez świadczeniodawcę na etapie prowadzonego postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 989-922; 1047-1097)

³⁶ Stan na dzień oględzin, tj. 12 czerwca 2024 r.

³⁷ Szacowania ryzyka dokonywano systematycznie, a ostatni wyciąg z zestawienia ryzyk dot. zabezpieczenia dokumentacji i systemów teleinformatycznych sporządzono wg stanu na dzień 16 lipca 2024 r.

³⁸ W tym jedna poprzez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc dzieci oraz jedna poprzez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Nefrologii dziecięcej.

³⁹ Ww. zalecenie nie było wynikiem stwierdzonych nieprawidłowości, a wynikało z analizy czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w ww. poradni.

⁴⁰ Według stanu na 8 listopada 2024 r.

W kontrolowanym okresie, do Zespołu wpłynęło 80⁴¹ skarg związanych z udzielaniem świadczeń AOS dla dzieci. Badaniem pod względem przestrzegania praw pacjentów⁴² określonych w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴³ objęto 15 skarg⁴⁴, które po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego uznane zostały przez Zespół za niezasadne. Skargi zostały rozpatrzone w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną, wyjaśnienia lekarzy (których dotyczyła skarga) oraz personelu medycznego, który był obecny przy udzielaniu świadczenia. Średni czas udzielenia odpowiedzi na skargę w ww. przypadkach wynosił 14 dni⁴⁵.

(akta kontroli str. 993-997)

W jednym przypadku stwierdzono, że wskazywane w skardze naruszenie dotyczyło braku możliwości zapisania się do Poradni Kardiologicznej (poradnia nie przyjmuje nowych pacjentów). Skarga została przekazana Zespołowi przez WOW NFZ 3 lipca 2024 r.⁴⁶ W skardze nie wskazano, w którym dniu skarżącemu odmówiono zarejestrowania pacjenta. W złożonym w odpowiedzi na skargę wyjaśnieniu, Dyrektor Szpitala wskazała, że przyczyną takiego stanu były odległe terminy rejestracji wizyt (wg stanu na 30 czerwca 2024 r. terminy były zajęte do września 2026 r.), duża liczba (ok. 2400 pacjentów) oczekujących na udzielenie świadczenia oraz brak gwarancji kontynuacji zatrudnienia jedyne go w tamtym okresie lekarza kardiologa w Zespole. Pismem z 10 lipca 2024 r. WOW NFZ uznał złożoną skargę za zasadną wskazując jednocześnie, że w ich ocenie ww. sytuacja nie powstała z winy Szpitala.

(akta kontroli str.998-1046)

NIK zwraca uwagę, że opisana w ww. skardze sytuacja nosiła znamiona naruszenia przez Zespół prawa pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia tych świadczeń, o którym mowa w art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta⁴⁷.

⁴¹ Z których 43 skargi dotyczyły braku możliwości dodzwonienia się do poradni lub problemów z telefoniczną rejestracją wizyty. 51 skarg po rozpatrzeniu uznane zostało za zasadne lub częściowo zasadne.

⁴² Pacjenci mają prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, poszanowania godności i intymności, wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia, zachowania tajemnicy informacji na swój temat, wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej swojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych, poszanowania Twojego życia prywatnego i rodzinnego, opieki duszpasterskiej, zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, dochodzenia swoich praw, zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych, przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

⁴³ Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm., dalej: ustawa o prawach pacjenta.

⁴⁴ Badaniem objęto skargi, które potencjalnie mogły dotyczyć naruszenia praw pacjentów. Dotyczyły one m.in. zachowania lekarzy specjalistów lub personelu medycznego w stosunku do pacjentów i ich opiekunów, niepotrzebnie (w ocenie opiekunów) zlecanych przez lekarzy badań, niezapewnienia dostępności do badań.

⁴⁵ W przypadku skarg przekazywanych przez WOW NFZ lub Rzecznika Praw Pacjenta czas udzielenia odpowiedzi nie przekraczał siedmiu dni.

⁴⁶ Wpływ skargi do WOW NFZ w dniu 30 czerwca 2024 r.

⁴⁷ Dz.U. z 2024 r., poz. 581 ze zm.

Natomiast zgodnie z § 13 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić bieżącą rejestrację świadczeniobiorców. Zaznaczyć jednak należy, że ww. naruszenie miało, w ocenie NIK, charakter incydentalny, ponieważ zapisy do Poradni Kardiologicznej zostały wznowione zanim WOW NFZ przekazał do Zespołu wniesioną skargę. Analiza harmonogramów przyjęć do ww. Poradni wykazała, że zapisy dokonywane były praktycznie w każdy dzień pracy poradni. W okresie od 1 czerwca 2024 r. do 10 lipca 2024 r. (tj. do dnia udzielenia przez Zespół odpowiedzi do WOW NFZ) wizyty w poradni ustalono dla 63 pacjentów (w tym od 1 lipca 2024 r. – 17 pacjentów). Z harmonogramu zapisów do Poradni Kardiologicznej nie wynikała możliwość wystąpienia przypadków braku rejestrowania nowych pacjentów przez więcej niż jeden dzień. Świadczenia w ww. poradni udzielane były przez lekarzy specjalistów na bieżąco.

(akta kontroli str. 998-1046)

**Stwierdzone
nieprawidłowości**

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

1. Trzykrotnie nie dopełniono obowiązku wynikającego z § 9 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OWU polegającego na powiadomieniu dyrektora WOW NFZ, o planowanej w Zespole jednodniowej przerwie w udzielaniu świadczeń. Powiadomienie to przekazuje się w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą wskazując przewidywany okres jej trwania. Naruszenie dotyczyło przerw w udzielaniu świadczeń AOS:

- 29 marca 2024 r. w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym w zamian za święto przypadające 6 stycznia 2024 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń miała nastąpić w Zespole Poradni Specjalistycznych przy ul. A. Wrzoska 1,
- 10 listopada 2023 r. w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym w zamian za święto przypadające 11 listopada 2023 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń miała nastąpić w Zespole Poradni Specjalistycznych przy ul. A. Wrzoska 1,
- 7 stycznia 2022 r. w związku z ustanowieniem tego dnia wolnym w zamian za święto przypadające 1 stycznia 2022 r. (sobota). Przerwa w udzielaniu świadczeń miała nastąpić w Poradni Neurologii Wieku Rozwojowego przy ul. Spornej oraz Poradni Chirurgicznej przy ul. Kryświcka.

Informacje o przerwach w udzielaniu świadczeń w ww. dniach zostały wcześniej udostępnione pacjentom poprzez wywieszenie na tablicy w holu budynku oraz zamieszczenie na stronie internetowej Zespołu⁴⁸.

(akta kontroli str.653-658)

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych przyznała (nie podając przyczyny), że przerwy w dniach 29 marca 2024 r., 10 listopada 2023 r. i 7 stycznia 2022

⁴⁸ Np. informacja o przerwie w udzielaniu świadczeń 29 marca 2024 r. <https://szoz.pl/2024/03/26/wracamy-do-panstwa-juz-po-swietach-%f0%9f%92%99/>.

r., nie zostały zgłoszone do WOW NFZ i wyjaśniła, że w w/w dniach pacjenci nie byli zapisywani na wizyty.

(akta kontroli str. 653-658)

2. W dwóch przypadkach nieprawidłowo dokonano kwalifikacji pacjentów – w pierwszym, pacjent⁴⁹ został wpisany do harmonogramu z nadanym kryterium „pilne”, które nie wynikało ze skierowania od lekarza POZ, natomiast w drugim przypadku, mimo adnotacji na skierowaniu „pilne”, pacjent⁵⁰ został zarejestrowany wg kryterium „stabilny”. Działanie takie było niezgodne z wymogami określonymi w § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁵¹, zgodnie z którym pacjenta kwalifikuje się wg kategorii medycznej jako pacjenta „pilnego” lub „stabilnego”. Kwalifikacji do odpowiedniej kategorii medycznej dokonuje się na podstawie wskazania na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego. Błędne wskazanie w harmonogramie trybu wynikającego ze skierowania nie skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania pacjenta oznaczonego jako przypadek pilny – czas oczekiwania na udzielenie świadczenia kształtował się na poziomie innych pacjentów skierowanych do poradni w tym trybie⁵².

(akta kontroli str. 795- 812; 911-914)

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że *zaistniałe sytuacje są błędem osoby dokonującej wpisu.*

(akta kontroli str.911-914)

3. W jednym przypadku wpisano do harmonogramu pacjenta⁵³ stosując kategorię świadczeniobiorcy „oczekujący”⁵⁴, kiedy to pacjentowi udzielano regularnych świadczeń w okresie od 2012 r. do 2023 r. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że kontynuujący leczenie powinni być wpisani do odrębnej kategorii świadczeniobiorcy. Ponadto wpisanie pacjenta do harmonogramu jako pacjenta pierwszorazowego, winno odbyć się w oparciu o skierowanie od lekarza kierującego, a dokumentacja medyczna ww. pacjenta nie zawierała tego skierowania.

(akta kontroli str. 795- 812; 911-914)

Dyrektor wyjaśniła, że zaistniała sytuacja jest wynikiem błędu ludzkiego.

(akta kontroli str. 911-914)

OCENA CZĄSTKOWA

Świadczenia AOS dla dzieci udzielano w Zespole zgodnie z umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zespół spełniał warunki ich udzielania, określone w umowie zawartej z NFZ, w zakresie personelu

⁴⁹ Kartoteka pacjenta nr ENDO/12/24.

⁵⁰ Kartoteka pacjenta nr Endo 7/24.

⁵¹ Dz.U. 2005 nr 200 poz. 1661.

⁵² Czas oczekiwania pacjenta wynosił 363 dni, czas oczekiwania pozostałych pacjentów w trybie pilnym wynosił od 307 do 397 dni.

⁵³ Kartoteka pacjenta nr Hem 276/12.

⁵⁴ Kategoria „oczekujący” oznaczała pacjentów przyjmowanych do poradni pierwszy raz.

oraz wyposażenia wskazanego do ich realizacji. Zakres świadczeń określony w umowie był w pełni realizowany oraz rzetelnie rozliczany z WOW NFZ. System zabezpieczeń prowadzonej w formie elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiał dostęp do niej wyłącznie uprawnionym osobom. Systematyczne tworzenie kopii zapasowych i sposób ich przechowywania wpływały na bezpieczeństwo i trwałość baz danych systemu medycznego. Harmonogramy przyjęć pacjentów, co do zasady, prowadzone były poprawnie, a kolejność przyjęć pacjentów oczekujących na wizytę ustalana była prawidłowo. Stwierdzono jednak jednostkowe przypadki, błędnego wprowadzenia kategorii medycznej pacjenta, niemające jednak wpływu na zmianę czasu oczekiwania ogółu pacjentów. Wystąpił również przypadek ujęcia w harmonogramie pacjenta jako pierwszorazowego, pomimo, że świadczenia były mu wcześniej udzielane regularnie. Zespół nie poinformował również WOW NFZ o trzech przypadkach przerw w udzielaniu świadczeń w ramach AOS dla dzieci. Informacje o tych przerwach zostały jednak wcześniej udostępnione pacjentom poprzez zamieszczenie na stronie internetowej szpitala oraz wywieszenie informacji na tablicy w holu budynku.

OBSZAR

2. Współpraca AOS i POZ w procesie udzielania świadczeń.

Opis stanu faktycznego

2.1. Spośród badanej grupy 20 pacjentów przyjętych w 2023 r, którzy w tym samym roku ukończyli 18 rok życia, a wcześniej leczyli się w tym podmiocie z powodu choroby przewlekłej, dwóch było pierwszorazowych a 18 kontynuujących leczenie.

Analiza dokumentacji medycznej ww. osób wykazała, że w trzech przypadkach informacje były przekazywane do lekarza POZ z odpowiednią częstotliwością. W pozostałych 17 przekazywano informację bez zachowania wymaganej terminowości (13 pacjentów) lub nie przekazywano jej w ogóle (cztery osoby). Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.1098-1119)

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że *Podmiot leczniczy nie dysponował systemem informatycznym umożliwiającym wymianę informacji z POZ lub innymi podmiotami udzielającymi świadczeń w zakresie AOS na temat kierowanych pacjentów. Narzędziem umożliwiającym wymianę informacji z POZ-ami lub innymi podmiotami udzielającymi świadczeń dla pacjentów po osiągnięciu przez nich dorosłości nie dysponuje cały system opieki zdrowotnej w Polsce, w tym również kontrolowany Zespół. Nie ma takich rozwiązań na poziomie całego kraju. Pacjenci, którzy przed osiągnięciem 18 roku życia mieli wizytę w poradni specjalistycznej zostali poinformowani przez lekarza prowadzącego o konieczności lub jej braku kontynuowania leczenia w poradni specjalistycznej. Otrzymują skierowanie, jeśli taką potrzebę sygnalizują i informację o konieczności złożenia wniosku celem wydania dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia.*

W badanej grupie pięciu pacjentów wnioskowało o wydanie takiej

dokumentacji⁵⁵.

(akta kontroli str.1120-1123)

2. Badaniem, czy pacjentom, przed skierowaniem do AOS, wykonano badania diagnostyczne w ramach świadczeń POZ objęto dokumentację 20 pacjentów wymienionych w pkt 2.1 niniejszego wystąpienia. W jego wyniku ustalono, że w pięciu badanych przypadkach, w dokumentacji medycznej znajdują się wyniki badań zleconych przez lekarzy POZ, informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub karty informacyjne leczenia szpitalnego. W pozostałych 15 przypadkach, w historii zdrowia i choroby pacjenta znajdują się wyniki badań zleconych przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach AOS.

(akta kontroli str.1124-1125)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Zbadana dokumentacja medyczna 20 pacjentów w czterech przypadkach nie zawierała odpowiednich informacji o współpracy z lekarzami POZ kierującymi pacjentów na świadczenia specjalistyczne:

- w jednym przypadku dotyczącym pacjenta pierwszorazowego⁵⁶, w dokumentacji medycznej nie zamieszczono informacji do lekarza kierującego, co było niezgodne z wymogami określonymi w § 2 ust. 1 pkt. 35 Zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ, zgodnie z którymi świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe jest to świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego i obejmujące łącznie: podjęcie decyzji diagnostycznej oraz przekazanie informacji kierującemu lekarzowi POZ,
- w przypadku trzech pacjentów⁵⁷ kontynuujących leczenie, w dokumentacji medycznej nie zawarto potwierdzenia przekazania informacji lekarzowi kierującemu. Stanowiło to naruszenie § 36 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, który wskazuje, że podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby. Stosownie do postanowień § 2 ust. 5 wspomnianego rozporządzenia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Częścią dokumentacji indywidualnej zewnętrznej jest informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej (§ 2 ust. 4 pkt 6).

Ponadto, w 13 kolejnych przypadkach⁵⁸ informacje te były przekazywane nieregularnie (tj. rzadziej niż raz na 12 miesięcy), w tym, w pięciu

⁵⁵ Dot. pacjentów o numerach kartotek: P 639/10; Endokrynolog 401/19; K 727/17; Neu 714/12; Neuro 140/17.

⁵⁶ Dot. pacjenta o nr kartoteki: K248/23.

⁵⁷ Dot. pacjentów o numerach kartotek: A 831/19, Hematolog 47/20, HEM 831/15.

⁵⁸ Dot. pacjentów o numerach kartotek: P 639/10, Endo 470/06, ENDO 675/05, Gas 817/08, Hem. 196/08, K 727/17, Kard. 48/06, Neuro 140/17, ENDO 720/17, Endokrynolog 401/19, H 12/22, Neu 714/12, Neu 553/20.

przypadkach⁵⁹ przekazano je jednorazowo; działanie takie stanowiło naruszenie § 12 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁰, zgodnie z którym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Informacje te lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

(akta kontroli str. 1098-1119)

Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że *informacja dla lekarza kierującego /POZ załącznik nr 6 do zarządzenia nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z 30 marca 2023 dotycząca pacjenta pierwszorazowego była przekazywana na platformę P1⁶¹. Również na prośbę pacjenta była drukowana, to czy pacjent wydruk karty informacyjnej dla lekarza kierującego/POZ przekaze lekarzowi kierującemu/POZ leży po stronie pacjenta, to czy lekarz pobierze informację z P1 leży po stronie lekarza.*

Dyrektor Zespołu przyznała również, że lekarze w Poradniach Zespołu są zobowiązani do wypełniania karty „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”, która zostaje przekazana na P1. W odniesieniu do pacjentów kontynuujących leczenie wyjaśniła, iż *otrzymują informację o zaplanowanych wizytach kontrolnych. Informacja dla lekarza kierującego o leczeniu pacjenta przekazywana jest raz w roku, informacja ta nie zawsze ma odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.*

(akta kontroli str.1120-1123)

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja medyczna dotycząca udzielania świadczeń w ramach AOS dla dzieci często (85% ze zbadanej próby 20 dokumentacji) nie zawierała odpowiednich informacji o współpracy z lekarzami POZ kierującymi pacjentów na świadczenia specjalistyczne. Zapewniono pacjentom, którzy przed ukończeniem 18 r. ż. korzystali z wizyty w ramach AOS dla dzieci poinformowanie przez lekarza prowadzącego o konieczności (lub jej braku) kontynuowania leczenia w poradniach specjalistycznych. Nie stwierdzono przypadków odmowy wydania takim pacjentom kopii dokumentacji medycznych.

⁵⁹ Dot. pacjentów o numerach kartotek: ENDO 720/17, Endokrynolog 401/19, H 12/22, Neu 714/12, Neu 553/20.

⁶⁰ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194.

⁶¹ System e-zdrowie (P1) umożliwia gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych pacjentów oraz indeksów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). System obejmuje zasięgiem wszystkie podmioty medyczne, niezależnie od źródła finansowania udzielanych w nich świadczeń. System ten tworzą cyfrowe usługi (e-recepta, e-skierowanie, EDM, ZM), aplikacje (Internetowe Konto Pacjenta, mojIKP, gabinet.gov.pl) oraz rozwiązania usprawniające procesy planowania i realizacji świadczeń ochrony zdrowia.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski	W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań w celu zapewnienia: 1) każdorazowego informowania WOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń; 2) rzetelnego prowadzenia harmonogramów; 3) zamieszczania w dokumentacji medycznej informacji o sporządzaniu i przekazywaniu przez lekarzy AOS dla dzieci stosownych informacji lekarzowi kierującemu do specjalisty.
Uwagi	NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli. 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 Poznaniu. 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 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. Poznań, 5 grudnia 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Kinga Płóciennik
Starszy inspektor kontroli
państwowej

Dyrektor
z up. dr Zuzanna Kaźmierczak
p.o. Wicedyrektor

Jakub Łakomecki
Starszy inspektor kontroli
państwowej

Na podstawie art. 35c ust. 1 ustawy o NIK w powyższym tekście dokonano sprostowania oczywistych omyłek pisarskich poprzez:

- 1) zastąpienie użytego na str. na stronie 3, w punkcie 1.1 w wierszu 3, zwrotu „m.in. POZ i AOS” zapisem „AOS”,
- 2) zastąpienie użytego na str. na stronie 6, w akapicie 2, w wierszu 5 zwrotu „12h/dobę” zapisem „12h/tygodniowo” oraz w wierszu 7 poprzez zastąpienie zwrotu „10h/dobę” zapisem „10h/tygodniowo”.

15 stycznia 2025 r.

dr Zuzanna Kaźmierczak
p.o. Wicedyrektor
Delegatury NIK w Poznaniu