



Potrzebne zmiany systemowe

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci

PIOTR WASILEWSKI

Przewlekłe choroby niezakaźne, w szczególności te nazywane „cywilizacyjnymi”, jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca i nowotwory złośliwe stanowią obecnie istotne ryzyko dla człowieka. Dotyczą głównie dorosłych, jednak kluczowe zmiany w organizmie prowadzące do ich rozwoju mają swój początek już w pierwszym okresie życia. Niezbędne jest więc podejmowanie, możliwie na jak najwcześniejszym etapie, odpowiednich działań profilaktycznych, adresowanych do młodego pokolenia, aby zapobiegać rozwojowi tych chorób. Nie bez powodu podkreśla się, że zdrowa starość zaczyna się w dzieciństwie.

Wprowadzenie

Rozpoznawanie i leczenie zmian chorobowych powinna zapewniać, obok podstawowej opieki zdrowotnej, sprawnie działająca ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) dla dzieci. Ta forma leczenia może przynieść wiele korzyści w porównaniu z leczeniem szpitalnym: zmniejsza stres, który nasila hospitalizacja, zamiast pobytu na oddziale, dziecko jest badane i diagnozowane w krótkim czasie. Niewątpliwą zaletą jest też skrócenie czasu ekspozycji na niebezpieczne patogeny, które mogą być obecne w szpitalach, jak też niższy koszt diagnostyki i leczenia oraz większa dostępność miejsc na oddziałach dla osób potrzebujących pilnej pomocy medycznej.

Skuteczne funkcjonowanie AOS dla dzieci jest tym istotniejsze, że w ostatnich

latach pojawiły się czynniki negatywnie wpływające na stan zdrowia młodego pokolenia, przede wszystkim pandemia COVID-19. Od jej początku wprowadzano różne obostrzenia, w tym okresowe zamykanie szkół i konieczność nauki zdalnej. Uczniowie, przebywając głównie w domu, zostali pozbawieni dotychczasowego rytmu dnia, w tym regularnych kontaktów z rówieśnikami oraz w znacznej mierze aktywności fizycznej. Z krajowych badań przeprowadzonych w 2021 r. wynika, że odsetek uczniów w wieku 8 lat, u których występuje nadwaga lub otyłość wynosi 35,3% (częściej u chłopców – 38,5% niż u dziewcząt – 32,1%). W latach 2016–2021 wzrosła liczba dzieci ośmioletnich, u których zaobserwowano podwyższone ciśnienie. Podwyższone wartości skurczowego

ciśnienia tętniczego krwi występowały u niemal jednej trzeciej badanych uczniów klas drugich, a rozkurczowego u co piątego. Pogorszyły się wskaźniki dotyczące ich zdrowia psychicznego¹.

Najwyższa Izba Kontroli, od momentu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie przeprowadziła odrębnej kontroli poświęconej problematyce funkcjonowania i roli AOS dla dzieci. Zagadnienia związane z tą tematyką były sporadycznie i wycinkowo analizowane, np. kontrola koordynowana przez Delegaturę NIK w Rzeszowie pt. „Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych”². Jej ustalenia uzasadniały podjęcie przez Izbę kontroli odrębnej, poświęconej dostępności AOS dla dzieci³.

W ramach przygotowań do niej NIK zwróciła się o informacje⁴ do konsultantów krajowych w wybranych dziedzinach medycyny⁵, istotnych dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania AOS dla dzieci. Stwierdzili oni, że poprawy wymaga zarówno dostępność, jak i organizacja udzielania świadczeń. Dostępność kształtowana

jest przez liczne czynniki po stronie wykonawcy świadczeń zdrowotnych (skracanie czasu pracy placówek, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (określony budżet, wycenę świadczeń oraz ich przestrzenną strukturę finansowania), organizatora opieki zdrowotnej (niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i pacjenta (zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia, korzystanie ze świadczeń zdrowotnych)⁶.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Badania kontrolne przeprowadzono w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ (OW NFZ), siedmiu podmiotach leczniczych oraz jednej specjalistycznej praktyce lekarskiej, a w ramach kontroli rozpoznawczej, której wyniki wykorzystano także w informacji o wynikach kontroli planowej – sprawdzono jeden OW NFZ oraz jeden podmiot leczniczy. Ważnym elementem badań kontrolnych było zasięganie informacji od Ministra Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta, co ułatwiło

¹ A.Fijałkowska, A.Oblacińska, A.Dzielska, H.Nałęcz, M.Korzycka: *Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19. Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19*. Warszawa 2022. Badanie przeprowadzono w ramach programu DINO-PL, finansowanego przez Ministra Zdrowia, w ostatnim kwartale 2021 r. w 109 szkołach z 16 województw, wśród uczniów II klas szkół podstawowych i ich rodziców. Objęto nim również środowisko szkoły. Ośrodkiem koordynującym, na poziomie ogólnopolskim, był Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

² P/20/079.

³ Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: *Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych*, nr ewid. 6/2025/P/24/047/KZD.

⁴ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁵ Uzyskano informacje od konsultantów krajowych w dziedzinach: alergologii, chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, nefrologii dziecięcej, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz urologii dziecięcej.

⁶ A. Hnatyszyn-Dzikowska: *Terytorialne zróżnicowanie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce jako wymiar spójności społeczno-ekonomicznej kraju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2011.



wpracowanie wniosków systemowych. Najważniejsze ustalenia kontroli przedstawiono w artykule odrębnie dla OW NFZ i świadczeniodawców.

Oddziały NFZ

W okresie objętym kontrolą dostępność świadczeń AOS dla dzieci pogorszyła się⁷, mimo że od lipca 2021 r. limity na nie zostały zniesione. Pomimo stałego wzrostu kosztów finansowanych przez NFZ⁸, rósł średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących w wypadku większości zakresów⁹. Pogorszenie dostępności świadczeń dotyczyło zarówno pacjentów skierowanych jako przypadki stabilne, jak i pilne¹⁰. Działania dyrektorów OW NFZ, podejmowane w celu poprawy dostępności świadczeń, nie były skuteczne. W ocenie NIK zapewnieniu jej nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie zasobów lecznictwa na terenie kraju. Nie wprowadzono jednak rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń

dla pacjentów. Pozyskaniu nowych świadczeniodawców nie sprzyjała również praktyka wielokrotnego aneksowania przez dyrektorów OW NFZ umów zawartych z dotychczasowymi świadczeniodawcami, zamiast organizacji nowych postępowań konkursowych.

Wzrost średniego czasu oczekiwania

Mediana¹¹ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie¹² dla przypadków stabilnych, pomiędzy 31 grudnia 2020 r. a 30 czerwca 2024 r., wzrosła na terenie kraju dla 32 analizowanych rodzajów poradni, zmniejszyła się dla czterech.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych stwierdzono w: poradni genetycznej dla dzieci, o 223 dni (z 188 do 411), poradni leczenia zęza dla dzieci, o 134 dni (z 114 do 248), poradni foniatrycznej dla dzieci, o 82 dni (z 53 do 135), poradni gastroenterologicznej dla dzieci, o 81 dni (z 70 do 151) oraz poradni neurologicznej dla dzieci, o 78 dni (z 48 do 126). Z kolei największy spadek

⁷ Dostępność świadczeń to osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, jak: czas oczekiwania na wizytę, wysilek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiany koszt, jaki ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego. Definicja na podstawie *Informacji Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r.*, Ministerstwo Zdrowia 2004 r., s. 59-60.

⁸ Wartość refundacji AOS dla osób poniżej 18 lat wzrosła z 918 650 tys. zł w 2019 r. do 1 744 354,8 tys. zł w 2023 r. i wyniosła 1 417 201,4 tys. zł za pierwsze trzy kwartały 2024 r.

⁹ Miary te są wykorzystywane przez NFZ do oceny dostępności świadczeń.

¹⁰ Lekarz wydający skierowanie kwalifikuje pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny, na podstawie dynamiki procesu chorobowego. Zakwalifikowanie pacjenta do jednej ze wskazanych kategorii ma znaczenie co do tego, w jakim czasie zostanie mu udzielona pomoc.

¹¹ Mediana: wartość środkowa, która dzieli liczbę obserwacji na pół w ten sposób, że powyżej i poniżej niej znajduje się jednakowa liczba obserwacji. W tym wypadku obserwacjami są dane podawane przez podmioty lecznicze, które sprawozdają NFZ dane na temat średniego czasu oczekiwania.

¹² Dla pacjentów pierwszorazowych.

mediany czasu oczekiwania na świadczenie odnotowano w odniesieniu do poradni onkologicznej dla dzieci, o 45 dni (z 122 do 77).

W tym samym okresie mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych wzrosła na terenie kraju dla 35 rodzajów poradni, nie zmieniła się w wypadku jednego (poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci, gdzie nie wykazano czasu oczekiwania) i nie było przypadków jej zmniejszenia.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych stwierdzono w odniesieniu do poradni genetycznej dla dzieci, o 154 dni (z 67 do 221), poradni neurochirurgicznej dla dzieci, o 87 dni (z 30 do 117), poradni foniatrycznej dla dzieci, o 84 dni (z 16 do 100), poradni gastroenterologicznej dla dzieci, o 77 dni (z 14 do 91) oraz poradni neurologicznej dla dzieci, o 67 dni (z 7 do 74).

Brak kryteriów dla przypadków pilnych

NIK zwróciła uwagę, że na negatywne konsekwencje wydłużonego czasu oczekiwania narażeni są przede wszystkim pacjenci uznani za przypadki pilne. Jednocześnie nie ma kryteriów ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń. Obecnie obowiązują skierowania pilne, które nie opierają się na standaryzowanych wskazaniach klinicznych i zależą wyłącznie

od uznania lekarza kierującego, który nie jest specjalistą w danej dziedzinie.

Na potrzebę doprecyzowania kryteriów dla przypadku pilnego przy wpisywaniu pacjentów na listę oczekujących na świadczenia wskazał również Zespół ds. dostępności do świadczeń, działający w ramach Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Celowość podjęcia prac nad takimi kryteriami dostrzegli także niektórzy konsultanci krajowi, do których NIK zwróciła się w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK¹³. Podkreślali oni, że wielu pacjentów kierowanych jest w trybie pilnym, choć ich stan jest stabilny. Utrudnia to uzyskanie świadczeń przez osoby, które faktycznie potrzebują takiej pomocy.

Minister Zdrowia nie zainicjował jednak przygotowania tego rodzaju kryteriów. W jego ocenie występuje ryzyko, że ustalenie katalogu rozpoznań, które automatycznie kwalifikują pacjenta jako przypadek stabilny lub pilny ograniczy lub uniemożliwi obowiązek uwzględnienia przy przypisaniu do właściwej kategorii medycznej także innych kryteriów medycznych (tj. stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowań co do dalszego przebiegu choroby, występujących chorób współistniejących mających wpływ na tę, z powodu której ma być udzielone świadczenie)¹⁴.

W ocenie NIK, wprowadzenie nieobligatoryjnych wytycznych ułatwiających kwalifikację pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń, a nie tylko

¹³ M.in. konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

¹⁴ Takie stanowisko sformułował Minister Zdrowia w piśmie do NIK z 25.11.2024 podpisanym przez podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia.



katalogu rozpoznań, byłoby wsparciem dla lekarzy POZ kierujących chorych do specjalistów. Ponadto mogłoby ograniczyć wystawianie zbędnych skierowań w tym trybie. W efekcie, poprawie mogłaby ulec dostępność świadczeń dla pacjentów, których proces chorobowy w pełni uzasadnia uznanie ich za przypadki pilne.

W obowiązujących regulacjach prawnych nie określono maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia na podstawie skierowania z adnotacją pilne. W ocenie NIK, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi czas oczekiwania na wizytę powinien być maksymalnie skrócony, a pacjent, którego stan zdrowia wymaga leczenia w trybie pilnym nie powinien zbyt długo oczekiwać na udzielenie świadczenia. Stwarza bowiem ryzyko utrwalenia lub pogłębienia choroby i niepełnosprawności. Prowadzi to do większego obciążenia systemu ochrony zdrowia i większych kosztów leczenia w przyszłości. Za celowe należy uznać określenie maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę dla pacjentów skierowanych jako przypadki pilne¹⁵. Proces ten mógłby być realizowany etapami, przez stopniowe skracanie oczekiwania w miarę przezwycięzania barier ograniczających dostępność w odniesieniu do wybranych zakresów świadczeń. Niezbędne byłoby monitorowanie efektywności wdrażanego rozwiązania, połączone z oceną możliwości wpływania na ograniczanie tego czasu.

Różnice w dostępie do świadczeń

Pomiędzy poszczególnymi województwami występowały istotne różnice dostępności świadczeń w poszczególnych zakresach, mierzone medianą średniego czasu oczekiwania i liczbą osób oczekujących.

Przykładowo w 2024 r.¹⁶ w odniesieniu do poradni okulistycznych dla dzieci (przypadki stabilne) mediana wynosiła od 36 dni dla województwa lubelskiego do 400 dni dla pomorskiego. Dla przypadków pilnych w województwie lubelskim nie wykazano czasu oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju poradni, a w woj. pomorskim mediana wynosiła 127 dni.

W tym samym czasie dla poradni neurologicznych dla dzieci (przypadki stabilne) mediana wynosiła od 66 dni w województwie podkarpackim do 169 dni w łódzkim, zaś dla przypadków pilnych było to od 10 dni w województwie podkarpackim do 125 dni w mazowieckim.

Z kolei w dziecięcych poradniach alergologicznych mediana dla przypadków stabilnych wahała się od 31 dni w województwie lubuskim do 184 dni w warmińsko-mazurskim. Dla przypadków pilnych było to od 7 dni w województwie lubelskim do 112 dni w województwach mazowieckim i warmińsko-mazurskim.

Istotne różnice w dostępie do świadczeń AOS dla dzieci istniały również na terenie województw, gdzie znajdowały się podmioty objęte kontrolą NIK. W każdym z nich istniały powiaty, bądź grupy powiatów,

¹⁵ Takie rozwiązanie zaproponował również Zespół ds. dostępności do świadczeń działający w ramach Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

¹⁶ Za II kwartał 2024 r.

na terenie których świadczenia w danym zakresie AOS dla dzieci nie były dostępne. Na przykład na terenie województwa wielkopolskiego, w skład którego wchodzi 35 powiatów¹⁷, bez świadczeń AOS w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci w I połowie 2024 r. pozostawały 34 powiaty, bez świadczeń w zakresie endokrynologii dla dzieci – 33 powiaty, okulistyki dla dzieci – 31 powiatów, nefrologii dziecięcej – 31 powiatów, neurologii dziecięcej – 27 powiatów, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci – 26 powiatów. W konsekwencji rodzice dzieci, którym nie zapewniono danego zakresu świadczeń musieli szukać pomocy w placówkach znajdujących się na terenie innych powiatów lub korzystać ze świadczeń w podmiocie leczniczym udzielających świadczeń osobom dorosłym.

Odległości, jakie musieli pokonać pacjenci do podmiotów udzielających świadczeń AOS dla dzieci zależały od zakresu świadczeń. Największe (np. w woj. lubelskim dochodzące do 150 km) musieli oni przebyć w przypadku, kiedy NFZ zawarł umowę tylko z jednym świadczeniodawcą na terenie całego województwa.

W okresie objętym kontrolą nie wprowadzono rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów. Najwyższa Izba Kontroli

już w 2019 r. w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce. Stan obecny i pożądane kierunki zmian”¹⁸ zwróciła się o wdrożenie systemu zachęt sprzyjających powstawaniu podmiotów leczniczych tam, gdzie takich świadczeń nie było.

Należy podkreślić, że Rada Ministrów w uchwale nr 196/2021 z 27 grudnia 2021 r. ustanawiającej „Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” wskazała m.in., iż jednym z mechanizmów likwidowania tzw. białych plam i niedoborów dostępności powinien być system zachęt do relokacji dla kadr medycznych, w tym przez utworzenie mechanizmów preferencyjnego finansowania rozwoju podmiotów leczniczych, zwłaszcza przychodni POZ/AOS, na obszarach o ograniczonej dostępności świadczeń.

Aneksy zamiast konkursów

Oddziały wojewódzkie NFZ, aby zapewnić dostęp do świadczeń, przede wszystkim przedłużały dotychczasowe umowy, w mniejszym zakresie organizując postępowania konkursowe. Wykorzystywano w tym celu przepisy szczególne, tworząc w niektórych oddziałach stałą praktykę postępowania, mimo generalnej zasady wyrażonej w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach¹⁹.

W efekcie znaczną część umów stanowiły te zawarte w wyniku podstępowań

¹⁷ W tym cztery miasta na prawach powiatu.

¹⁸ Raport „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”, 2019, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD.

¹⁹ Zgodnie z art. 139 ust. 1 ustawy z 27.8.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.), podstawą zawierania przez NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.



konkursowych przeprowadzonych przed ponad 10 laty. Od tego czasu zaszły istotne zmiany związane z rozprzestrzenianiem się chorób cywilizacyjnych, nowymi zagrożeniami epidemicznymi czy sytuacją demograficzną. Zmienił się również potencjał świadczeniodawców.

W wypadku przedłużania okresu obowiązywania umów nie prowadzono pełnej weryfikacji spełniania przez świadczeniodawców pierwotnych warunków zawartych w wymogach konkursowych. W ocenie NIK wielokrotne przedłużanie umów bez weryfikacji potencjału świadczeniodawców w postępowaniu konkursowym może prowadzić do ich nieprawidłowej realizacji, odbiegającej od pierwotnie zaakceptowanej przez NFZ oferty. Stwarza to ryzyko pogorszenia jakości i dostępności świadczeń, a więc może być niekorzystne dla pacjentów, tym bardziej że z uwagi na ograniczone zasoby oraz problemy z zatrudnieniem osób z wykształceniem medycznym NFZ nie jest w stanie prowadzić skutecznej kontroli wszystkich świadczeniodawców. NIK już w 2012 r. ustaliła, że warunki organizacyjne działalności kontrolnej NFZ nie zapewniały adekwatnej do potrzeb liczby kontroli, a ich ograniczony zakres nie obejmował sprawdzenia istotnych elementów dostępności i jakości świadczeń. Średnia częstość kontroli świadczeniodawcy była mniejsza niż raz na 10 lat²⁰.

Praktyka wielokrotnego przedłużania umów nie sprzyjała również pozyskiwaniu nowych świadczeniodawców, których

można byłoby pozyskać organizując większą liczbę konkursów. Ponadto utrzymywała wykluczenie z dostępu do świadczeń AOS na obszarach, gdzie NFZ nie zawarł umów dotyczących ich udzielania.

Świadczeniodawcy

Kontrolowane podmioty spełniały na ogół warunki realizacji świadczeń dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń AOS dla dzieci były przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami oraz spełniały wymagania co do sprzętu i wyposażenia.

Ograniczenia

w czasie udzielania świadczeń

W trakcie kontroli u 44% świadczeniodawców stwierdzono przypadki rozbieżności pomiędzy rzeczywistym czasem udzielania świadczeń a tym określonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umów z NFZ. Nie przyjmowano pacjentów we wszystkie dni bądź godziny wskazane w harmonogramach, co dodatkowo ograniczało dostęp do świadczonej usługi.

Na przykład w jednym z podmiotów, w poradni okulistycznej dla dzieci, stwierdzono, że nie udzielano świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 Harmonogram-Zasoby, gdzie m.in. w pkt. II Dostępność miejsca udzielania świadczeń wskazano dni i godziny pracy poradni. Tylko w jednym analizowanym miesiącu, styczniu 2023 r.,

²⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK: *Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, nr ewid. 176/2012/P12142/LKR.

nie udzielano świadczeń we wszystkie poniedziałki w godz. 8:00 – 12:30 oraz w godz. 14:00 – 15:00 w przypadku: 9, 16 i 30 stycznia; we wtorki w godz. 15:00 – 16:00 10 i 31 stycznia; we środy w godz. 12:00 – 13:00 oraz 16:00 – 20:00 18 stycznia; we wszystkie czwartki w godz. 16:00 – 20:00; w piątki 6 i 27 stycznia oraz w godz. 14:00 – 15:00 13 i 20 stycznia.

Dostęp do świadczeń pogarszały również planowane przerwy w ich udzielaniu. Stwierdzono przypadki niezgłaszania Narodowemu Funduszowi Zdrowia takich przerw w działalności poradni udzielających świadczeń AOS dla dzieci, co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

Prowadzenie i zabezpieczenie dokumentacji
Żaden z kontrolowanych podmiotów nie prowadził zgodnie z obowiązującymi przepisami dokumentacji medycznej. Najwięcej błędów popełniano przy prowadzeniu harmonogramów przyjęć pacjentów. Były one, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki

zdrowotnej dotyczącej AOS dla dzieci, tworzone w systemach informatycznych świadczeniodawców, bądź w aplikacji AP-KOLCE²². Aż u 89% kontrolowanych świadczeniodawców nie zamieszczono²³ wszystkich wymaganych informacji lub wprowadzono je w sposób nieprawidłowy. Na przykład w skontrolowanej specjalistycznej praktyce lekarskiej harmonogram przyjęć nie obejmował danych pacjentów pierwszorazowych, przyjętych do października 2023 r. włącznie, a tym samym świadczeniodawca nie posiadał również listy oczekujących na udzielenie świadczeń w tym okresie. Taki stan był niezgodny z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta²⁴ w związku z art. 19a ust. 6 ustawy o świadczeniach.

W wypadku 33% kontrolowanych świadczeniodawców wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania. Natomiast warunki przechowywania papierowej dokumentacji medycznej nie zawsze zapewniały, że właściwie i dostatecznie zabezpieczono ją przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą. W jednym z kontrolowanych podmiotów część dokumentacji medycznej była przechowywana

²¹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej również rozporządzenie w sprawie OWU.

²² Aplikacja Kolejki Centralne – aplikacja udostępniona przez NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

²³ Zgodnie z art. 19a ustawy z 27.8.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej i stanowi integralną część dokumentacji medycznej, prowadzonej przez świadczeniodawcę. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę.

²⁴ Ustawa z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581).



w szafkach i komodach niezamykanych na klucz, jak również na otwartych regałach. Dotyczyło to m.in.: oświadczeń pacjentów, wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, wyników badań diagnostycznych, zewnętrznej dokumentacji medycznej oraz kart historii zdrowia i choroby z poprzednich lat.

Zabezpieczeniu danych pacjentów nie sprzyjały stwierdzone przypadki opóźnień w odbieraniu byłym pracownikom dostępu do systemu informatycznego kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców. W jednym z podmiotów byłemu pracownikowi odebrano taki dostęp dopiero po 657 dniach od zakończenia stosunku pracy.

Niewystarczająca współpraca AOS i POZ

W części analizowanych przypadków lekarze kierujący dzieci na leczenie specjalistyczne nie zapewнили udzielającym świadczeń AOS niezbędnych informacji o stanie zdrowia swoich pacjentów. Brakowało danych o dotychczasowym leczeniu oraz wyników badań diagnostycznych lub konsultacji, pomimo że obowiązek ich dołączenia wynikał z § 12 ust. 1 pkt 1-2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Z kolei lekarze udzielający świadczeń AOS nie zawsze sporządzali informację dla lekarza kierującego na leczenie

w poradni specjalistycznej albo nie zawsze dokumentowali jej przekazanie. Często czynili to nieterminowo²⁵.

NIK zwróciła uwagę, że sporządzanie i przekazanie lekarzowi kierującemu informacji o diagnozie i przebiegu leczenia pacjenta ma na celu zapewnienie ciągłości i jakości opieki zdrowotnej, lepszą ocenę jego stanu zdrowia oraz podejmowanie trafniejszych decyzji dotyczących dalszego leczenia. Jednocześnie przekazanie takiej informacji wyłącznie pacjentowi nie gwarantuje, że trafi ona do lekarza kierującego.

Na niewystarczającą współpracę AOS i POZ oraz kierowanie do leczenia specjalistycznego dzieci, które mogłyby być leczone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wskazywali również niektórzy konsultanci krajowi, do których NIK zwróciła się w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Jeden z nich stwierdził, że współpraca AOS z POZ odnośnie do sprawowania ciągłej opieki nad dzieckiem jest niewłaściwie zorganizowana. Najczęściej zależna jest ona od indywidualnych starań lekarzy. Często POZ, odsyłając dzieci do specjalisty, nie wykonuje podstawowej diagnostyki. Na podstawie danych od konsultantów wojewódzkich oszacował on, że ok. 30% wizyt w AOS mogłaby być realizowana

²⁵ W wypadku pacjentów pierwszorazowych obowiązek ten wynika z postanowień zarządzenia nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z 30.3.2023 w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wzór Informacji dla lekarza kierującego/POZ stanowi załącznik nr 6 do tego zarządzenia. W informacji wpisuje się ostateczne rozpoznanie, opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia), wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego oraz wskazówki dla lekarza kierującego. W wypadku pacjentów, którzy nie byli pierwszorazowi z § 12 ust. 4 rozporządzenia w sprawie OWU (podano tu także częstotliwość przekazywania tego rodzaju informacji).

przez lekarza POZ. W jego ocenie wielu lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej raportuje brak podstawowych wyników badań pacjentów kierowanych do AOS, potwierdzających konieczność opieki specjalistycznej. Wydłuża to także czas diagnostyki i wdrożenia adekwatnego leczenia.

Zagrożenia dla funkcjonowania AOS

Pogorszenie w przyszłości dostępu do świadczeń AOS dla dzieci może być konsekwencją niewystarczających działań profilaktycznych ukierunkowanych na poprawę ogólnego stanu zdrowia dzieci i młodzieży podejmowanych obecnie. Przyjęcie międzyresortowej strategii takich działań przez Radę Ministrów było planowane na trzeci kwartał 2023 r., a jej projekt znalazł się w wykazie prac legislacyjnych i programowych. Decyzją Ministra Zdrowia z 6 października 2023 r. prace nad strategią zostały jednak wstrzymane, z uwagi na brak możliwości ukończenia procedur legislacyjnych i przyjęcia uchwały w okresie funkcjonowania ówczesnej Rady Ministrów. W ocenie NIK konieczna jest poprawa koordynacji działań profilaktycznych, do czego może się przyczynić przyjęcie odpowiedniej strategii. Proces budowania skutecznego systemu ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, oprócz współdziałania różnych resortów, powinien uwzględniać również administrację samorządową, organizacje pozarządowe, udział przedstawicieli nauki, a przede wszystkim rodziców.

Zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogą być również niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony

zdrowia i starzenie się personelu udzielającego świadczeń AOS dla dzieci. W niektórych kontrolowanych poradniach, w poszczególnych zakresach świadczeń, średni wiek lekarzy, a niekiedy także pielęgniarek, przekraczał 60 lat.

Podsumowanie i wnioski

Kontrola NIK wykazała, że sposób funkcjonowanie AOS wymaga istotnych zmian. Przede wszystkim konieczne jest przygotowanie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność świadczeń. Jednocześnie Izba wskazała wiele konkretnych rozwiązań, które mogłyby znaleźć tu zastosowanie, m.in. opracowanie kryteriów ułatwiających kwalifikowanie pacjenta jako przypadku pilnego w danym zakresie świadczeń; określenie maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę dla przypadku pilnego; wprowadzenie mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń w poszczególnych obszarach oraz wdrożenie systemu zachęt sprzyjającego powstawaniu podmiotów leczniczych tam, gdzie nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.

Minister Zdrowia powinien zapewnić usprawnienie przepływu informacji dotyczących pacjentów pomiędzy POZ a AOS przez przygotowanie odpowiednich rozwiązań informatycznych i regulacji prawnych (np. przez wprowadzenie wymogu takiej współpracy jako jednego z kryterium oceny przy rozliczaniu świadczeń).

Prezes NFZ winien zapewnić zwiększenie liczby wszczynanych postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń AOS dla dzieci, przy jednoczesnym ograniczeniu



praktyki wielokrotnego przedłużania dotychczasowych umów.

W wypadku świadczeniodawców istotne jest udzielanie przez nich specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych zgodnie z przyjętym harmonogramem czasu pracy. Zmiany w składzie personelu medycznego i godzin pracy lekarzy oraz planowane przerwy w udzielaniu świadczeń powinny być zgłaszane dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ.

Konieczne jest zamieszczanie w dokumentacji medycznej wszystkich niezbędnych danych. Nieprzestrzeganie tego obowiązku, szczególnie w sytuacji gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych dziecka, a także zwiększa ryzyko nierozpoznania wczesnych stanów chorobowych. W kolejnym etapie leczenia może to utrudnić ocenę progresji choroby lub efektów leczenia, której dokonuje się porównując stan zdrowia pacjenta z wynikami wcześniejszych badań.

Świadczeniodawcy powinni także zapewnić terminowe sporządzanie i przekazywanie lekarzowi kierującemu pacjenta na leczenie w poradni specjalistycznej pisemnej informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

W stanowisku do Informacji o wynikach kontroli Minister Zdrowia podzielił ocenę NIK dotyczącą niewystarczającego przepływu informacji dotyczących zdrowia pacjentów między POZ i AOS oraz braku w pełni skutecznej współpracy pomiędzy różnymi poziomami leczenia. Minister poinformował o podjętych pracach koncepcyjnych, zgodnych z wnioskiem NIK, dotyczących wprowadzenia rozwiązań teleinformatycznych usprawniających tę komunikację.

PIOTR WASILEWSKI
doradca ekonomiczny,
Departament Zdrowia NIK

Słowa kluczowe: ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci, AOS, NFZ, dostępność świadczeń medycznych

Bibliografia:

1. Fijałkowska A., Oblacińska A., Dzielska A., Nałęcz H., Korzycka M.: *Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19. Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19*, Warszawa 2022.
2. Hnatyszyn-Dzikowska A.: *Terytorialne różnicowanie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce jako wymiar spójności społeczno-ekonomicznej kraju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2011.
3. Informacja o wynikach kontroli NIK: *Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych*, nr ewid. 6/2025/P/24/047/KZD.

ABSTRACT**Clinic Specialist Healthcare for Children – Need for System Changes**

Diagnosis and treatment of illnesses should be provided, together with basic healthcare, by effective clinic specialist healthcare (Polish: *ambulatoryjna opieka specjalistyczna* – AOS) for children. Such a form of treatment may bring many benefits in comparison with hospital treatment: it involves less stress than hospital treatment yet increases. Instead of being in a hospital, a child is examined and diagnosed quickly. Another unquestionable benefit is that a child is exposed to dangerous pathogens, which may be in hospitals, for a shorter time. Also, the costs of diagnosis and treatment are lower, while hospital beds are available for those who need urgent medical treatment. Since the common health insurance system was introduced, the Supreme Audit Office has not conducted any audit dedicated to the functioning and role of clinic specialist healthcare for children. Now, NIK has examined three regional branches of the National Health Fund (Polish: *oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia* – OW NFZ), seven medical clinics and one specialist medical practice. While within a reconnaissance audit, the findings of which were also included in the pronouncement on the results of the planned audit, one OW NFZ had been examined, as well as one medical entity. An important element of the audit work was to gain information from the Minister of Health and the Patient's Ombudsman (Polish: *Rzecznik Praw Pacjenta*), which facilitated the development of system conclusions. The most important findings of the audit have been presented in this article: separately for the OW NFZ, and separately – for service users.

Piotr Wasilewski, economic advisor, Department of Health of NIK

Key words: clinic specialist healthcare for children, AOS, NFZ, availability of medical services