



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu

LOP.410.14.3.2024

Pan
Zbigniew Kurzyca
Specjalistyczna Praktyka Lekarska
lek. med. Zbigniew Kurzyca
ul. Walerego Wróblewskiego 38
45-759 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczna Praktyka Lekarska lek. med. Zbigniew Kurzyca, ul. Walerego Wróblewskiego 38, 45-759 Opole ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zbigniew Kurzyca, właściciel przychodni
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	Aleksandra Pawlicka, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOP/97/2024 z 8 października 2024 r. Piotr Mastalerz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/77/2024 z 13 września 2024 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: przychodnia.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Kontrolowany podmiot leczniczy spełniał wymagania wynikające z umowy zawartej z NFZ⁴ w zakresie składu i kwalifikacji personelu lekarskiego oraz wymogi wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie dostępności do badań i procedur medycznych. Świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci udzielała jednak tylko jedna z trzech pielęgniarek ujętych w umowie z NFZ. Czas pracy ww. poradni nie był w pełni zgodny z godzinami zadeklarowanymi we wskazanej umowie, a ponadto świadczeniodawca umożliwiał pacjentom odbywanie w tych godzinach wizyt prywatnych.

Świadczeniodawca prowadził dokumentację w formie elektronicznej i zapewnił bezpieczeństwo danych ujętych w stosowanym systemie teleinformatycznym. Regularnie aktualizowano ww. system oraz tworzono kopie zapasowe danych. Świadczenia udzielone w styczniu 2023 r. sfinansowane ze środków publicznych znajdowały odzwierciedlenie w zbiorczej i/lub indywidualnej dokumentacji medycznej.

NIK negatywnie ocenia jednak brak kompletności zbiorczej dokumentacji medycznej (w tym listy oczekujących), która to dokumentacja nie tylko nie zawierała niektórych wymaganych informacji na temat wizyt, ale również na bieżąco usuwane z niej były informacje o odbytych wizytach.

W przychodni znajdowały się niezbędne urządzenia i sprzęt, z wyjątkiem butli z tlenem, którą kierownik jednostki kontrolowanej okazał dopiero 21 listopada 2024 r.

Świadczeniodawca zapewnił opiekę pacjentom poradni alergologicznej dla dzieci, którzy ukończyli 18. rok życia, w prowadzonej przez siebie poradni alergologicznej dla dorosłych. Stwierdzona nieprawidłowość w zakresie współpracy z POZ dotyczyła nieprzekazywania lekarzom kierującym informacji dotyczących pacjentów skierowanych do AOS. Informacje takie były wysyłane pacjentom za pośrednictwem komunikatora internetowego. Zdaniem NIK stwarzało to ryzyko naruszenia zasad bezpieczeństwa informacji obejmujących dane szczególnie wrażliwe, tj. o stanie zdrowia, wykonanych badaniach, jak też o przepisanych lekach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2021-2024 (do dnia zakończenia kontroli NIK) w Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej lek. med. Zbigniew Kurzyca realizowane były ambulatoryjne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie alergologii. Świadczenia te były udzielane m.in. w poradni alergologicznej dla

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

⁴ Nr 08R/30261/02/01/AOS wraz z aneksami. Dalej: umowa z NFZ.

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

dzieci. Zakres udzielania świadczeń specjalistycznych dla dzieci był zgodny z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁶.

(akta kontroli str. 3-6, 10-145)

Regulamin organizacyjny⁷, w którym opisano m.in. rodzaje udzielanych świadczeń, zasady i organizację procesu ich udzielania, odpowiadała wymaganiom określonym w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸. Informacje te podano do wiadomości pacjentów poprzez umieszczenie ich na tablicy informacyjnej na terenie przychodni oraz opublikowano na stronie internetowej.

(akta kontroli str. 7-9)

Rejestracja w przychodni była możliwa na bieżąco - za pośrednictwem strony internetowej lub telefonicznie (w tym za pomocą komunikatora internetowego). Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Staramy się pacjentów zachęcać do samodzielnej rejestracji za pośrednictwem strony internetowej. Jeżeli pacjent nie ma takiej możliwości, wówczas pielęgniarka wykonuje czynności za niego – loguje się na stronie poradni, znajduje wolny termin i wpisuje dane podane przez pacjenta telefonicznie. W systemie kolejkowym widnieje data rejestracji i inne informacje wprowadzone przez pracownika poradni. Rejestracja w taki sposób możliwa jest w godzinach pracy poradni. Szacuję, że ok. ok. 98% pacjentów rejestruje się samodzielnie.*

(akta kontroli str. 331-332)

Przed pierwszą wizytą pacjent zobowiązany był do udostępnienia dokumentu potwierdzającego tożsamość, w celu założenia dokumentacji indywidualnej. Weryfikacja prawa otrzymania świadczeń refundowanych odbywała się w systemach teleinformatycznych właściwych organów. Zakres badań diagnostycznych przedstawiony został na stronie internetowej kontrolowanego podmiotu i obejmował m. in.: badania spirometryczne, rhinomanometryczne, testy punktowe i płatkowe, próby wysiłkowe, jak też badanie całkowitych stężeń IgE oraz IgE specyficznych.

(akta kontroli str. 7-9)

W skład przychodni wchodziły: gabinet lekarski, dwa gabinety zabiegowe, poczekalnia dla pacjentów, dwie toalety (dla pacjentów i dla personelu) oraz pomieszczenie gospodarcze. Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Przychodnia znajdowała się na parterze budynku i została oznakowana 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 zdrowotnej⁹. Na tablicy informacyjnej widniały informacje dotyczące m.in. godzin udzielania świadczeń, zasad zapisów na porady i wizyty, trybu składania skarg i wniosków, czy też adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

(akta kontroli str. 234-239)

Przychodnia była zaopatrzona w wymagany sprzęt i urządzenia, tj. w: dwa spirometry, pulsoksymetr, bieżnię, urządzenie do EKG, mikroskop, pikfometr, nebulizator, zestaw do płatkowych testów skórnych oraz zestaw testów punktowych. Wyjątek stanowiło źródło tlenu inne niż koncentrator tlenu, które w dniu oględzin¹⁰ nie znajdowało się na terenie przychodni (jedynie reduktor do

⁶ Nr 000000124880.

⁷ Tekst ujednolicony według stanu na 5 stycznia 2024 r.

⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 799.

⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.

¹⁰ 24 października 2024 r.

butli z tlenem) i zostało okazane dopiero po niespełna miesiącu od dnia ich przeprowadzenia. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Świadczeniodawca zawarł z medycznym laboratorium diagnostycznym, wpisanym do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, umowę o wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych. Dysponował również możliwością wykonywania badań USG i RTG.

(akta kontroli str. 243, 238, 242-245)

W latach 2021-2024 (do dnia kontroli NIK, tj. 24 października 2024 r.) świadczeń specjalistycznych udzielał jeden lekarz¹¹ - właściciel podmiotu kontrolowanego oraz jedna pielęgniarka¹² zatrudniona na podstawie umowy o pracę. Udzielający świadczeń personel został wykazany w załączniku nr 2 *Harmonogram - zasoby* do umowy z NFZ. Osoby wymienione w tym załączniku posiadały wymagane kwalifikacje. Skład oraz czas pracy personelu pielęgniarskiego, znajdującego się w dyspozycji świadczeniodawcy, nie był zgodny z postanowieniami umowy zawartej z NFZ w zakresie poradni alergologicznej dla dzieci, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W przychodni nie prowadzono grafików pracy personelu medycznego.

(akta kontroli str. 21-22, 47-48, 69-70, 115-116, 278-290)

Według wyjaśnień złożonych przez kierownika przychodni, w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły niedobory kadrowe dotyczące personelu.

(akta kontroli str. 332)

W zestawieniu wizyt za styczeń 2023 r. ujęto 70 spośród 134 świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci, które świadczeniodawca przedstawił do rozliczenia w fakturze nr 8/NFZ/2023 z 28 lutego 2023 r. (wraz z korektami), dotyczącej stycznia 2023 r. Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, którzy nie zostali ujęci w ww. zestawieniu i którym udzielone świadczenia sfinansował NFZ, potwierdziła jednak udzielenie pozostałych 64 świadczeń.

(akta kontroli str. 194-195, 203-214, 224)

Świadczeniodawca nie zgłaszał do NFZ przerw w pracy poradni alergologicznej dla dzieci. Analiza zbiorczej dokumentacji medycznej, w tym wykazu świadczeń udzielonych w styczniu 2023 r. i w styczniu 2024 r. wykazała jednak, że w styczniu 2023 r. wystąpiły cztery dni¹³, w których świadczeniodawca nie przyjął żadnego pacjenta w poradni alergologicznej dla dzieci, a w styczniu 2024 r. wystąpiły trzy takie dni. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W styczniu 2024 r. wystąpiło ponadto pięć dni, w których – według wyjaśnienia kierownika przychodni – brak udzielania świadczeń spowodowany był jego chorobą.

(akta kontroli str. 318, 224, 335)

Poziom realizacji umowy z NFZ w zakresie AOS dla dzieci, w latach 2021-2024 (I połowa) przedstawiał się następująco: w 2021 r. 101% (257,7 tys. zł), w 2022 r. 100,1% (403,8 tys. zł), w 2023 r. 101,9% (488,6 tys. zł), a w pierwszej połowie 2024 r. 59,6% (313,1 tys. zł)¹⁴. W 2021 r. świadczeniodawca udzielił 2512 tys. świadczeń 698 pacjentom, w 2022 r. – 2354 świadczeń 652 pacjentom, w 2023 r. – 2201 świadczeń 628 pacjentom, a w I połowie 2024 r. – 1472 świadczenia 639 pacjentom. Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił, że w okresach tzw. lockdownów telewizyty stanowiły ok. 16% ogółu przyjęć,

¹¹ Specjalista z zakresu alergologii i pediatrii.

¹² Specjalista pielęgniarstwa operacyjnego.

¹³ Bez uwzględnienia sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy.

¹⁴ Do obliczeń przyjęto wartość umowy na 2024 r. wynikającą z aneksu nr 7 z 8 sierpnia 2024 r.

a w okresach, w których nie obowiązywały obostrzenia związane z epidemią COVID-19, telewizyty stanowiły ok. 1-2% wszystkich wizyt.

(akta kontroli str. 199-202, 342, 345)

2. Oględziny harmonogramu przyjęć prowadzonego przez świadczeniodawcę wykazały, że do października 2023 r. włącznie, nie ujęto w nim wizyt pacjentów pierwszorazowych¹⁵. Harmonogram, w którym rejestrowani byli pacjenci na badania diagnostyczne, nie zawierał natomiast wpisów za okres do 7 stycznia 2024 r., co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Harmonogram przyjęć co do zasady zawierał następujące dane:

- a) datę i godzinę wpisu,
- b) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- c) numer PESEL świadczeniobiorcy,
- d) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- e) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia,
- f) przypadki zmiany terminu udzielania świadczenia oznaczone jako „przeniesiony”¹⁶,
- g) kategoria świadczeniobiorcy (oczekujący – oznaczony wpisem „Pierwsza NFZ Dzieci” oraz kontynuujący leczenie – oznaczony jako „Kolejna NFZ” lub „Gabinet”),
- h) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć (np. rezygnacja pacjenta).

Harmonogram przyjęć nie zawierał natomiast informacji na temat identyfikatorów skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷, rozpoznania lub powodu przyjęcia poszczególnych pacjentów oraz ich adresów, jak też kodów przyczyny kategorii świadczeniobiorcy i kodów zmiany terminu w harmonogramie przyjęć. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 240-241)

Analiza wpisów w harmonogramie przyjęć dotyczących 20 pacjentów pierwszorazowych (w tym dziewięciu skierowanych w trybie pilnym) wykazała, że:

- 12 pacjentów nie było ujętych w harmonogramie przyjęć; powyższe było wynikiem usuwania przez świadczeniobiorcę danych pacjentów pierwszorazowych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- harmonogram zawierał imiona i nazwiska pozostałych ośmiu świadczeniobiorców pierwszorazowych; ujęcie danych tych pacjentów w harmonogramie na dzień kontroli NIK wynikało z niezgodnego ze stanem faktycznym przypisania im kategorii „kolejna NFZ” (tzn. pacjent kontynuujący leczenie);

Jak wyjaśnił kierownik jednostki kontrolowanej, w przypadku pacjentów pierwszorazowych rejestracja odbywa się za pośrednictwem strony internetowej przychodni, gdzie udostępniony został przycisk „Terminy NFZ”, a następnie „NFZ – wybieram pierwszą wizytę”. Po ich naciśnięciu dostępne są terminy i godziny, na które pacjent może się zarejestrować. Po zarejestrowaniu dane pacjenta automatycznie przenoszone są do rejestru przyjęć pod datą i godziną wybraną przez

¹⁵ Z oznaczeniem „Pierwsza NFZ dzieci”.

¹⁶ Np. ze względu na brak możliwości przybycia świadczeniobiorcy z powodu choroby. Ponadto rejestracja dostępna na stronie internetowej świadczeniodawcy umożliwia rejestrację według kolejności, bez rozróżnienia ze względu na kategorię medyczną; w przypadku skierowań w trybie „pilnym” w przychodni dokonywana była zmiana terminu z pominięciem kolejki oczekujących.

¹⁷ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

pacjenta. Taki automatyczny system rejestracji jest dedykowany przypadkom stabilnym. Jeżeli lekarz kierujący przypisał pacjentowi kategorię „pilny”, przy rejestracji za pośrednictwem strony internetowej pacjent proszony jest o wpisanie po swoim nazwisku słowa „pilne” i wybraniu daty wizyty (jak dla przypadków stabilnych). Wówczas zatrudniona w przychodni pielęgniarka koryguje rejestr przyjęć, przenosząc pacjenta na wcześniejszy termin (uzgodniony z pacjentem). Dane pacjenta są wówczas przenoszone do rejestru wizyt kolejnych, gdzie rejestrowani są pacjenci kontynuujący leczenie. W takim przypadku w rejestrze wizyta jest zapisana jako „kolejna NFZ”

- w siedmiu przypadkach w harmonogramie odnotowane były numery PESEL świadczeniobiorców, numery telefonów lub oznaczenie innego sposobu komunikacji oraz godzina wpisu; danych takich nie wskazano w jednym przypadku, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- w przypadku żadnego z ośmiu świadczeniobiorców harmonogram nie zawierał numeru identyfikującego skierowanie, rozpoznania lub powodu przyjęcia, adresu świadczeniobiorcy, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 196, 331-332)

W 15 z 20 badanych przypadków zakwalifikowanie świadczeniobiorcy do kategorii medycznej (przypadek pilny, przypadek stabilny) następowało na podstawie adnotacji lekarza kierującego. W pozostałych pięciu przypadkach lekarz udzielający świadczeń ambulatoryjnych zmienił kategorię z „przypadek stabilny” na „przypadek pilny”, wskazując przesłanki merytoryczne uzasadniające dokonanie takich zmian. Nie wystąpiły przypadki wpisywania w dokumentacji kryterium medycznego „przypadek stabilny”, mimo że skierowania do poradni dla dzieci zawierały adnotację lekarza kierującego o „przypadku pilnym”.

(akta kontroli str. 196)

Według kierownika jednostki kontrolowanej średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w poradni alergologicznej dla dzieci oraz średnia liczba oczekujących dla kategorii „przypadek stabilny” przedstawiały się następująco: na koniec 2021 r. średni czas oczekiwania wyniósł 180 dni, a liczba oczekujących wyniosła 136, na koniec 2022 r. – odpowiednio 168 dni i 142, na koniec 2023 r. – 174 dni i 132, a na 30 czerwca 2024 r. – 152 dni i 123. Dla „przypadków pilnych” średni czas oczekiwania wynosił natomiast od 1 do 2 dni i na koniec ww. okresów brak było osób oczekujących w tej kategorii medycznej.

Według informacji przekazanych przez Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ¹⁸ w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK średni czas oczekiwania na udzielenie w jednostce kontrolowanej świadczeń z zakresu alergologii dla dzieci¹⁹ wynosił: na koniec 2021 r. – 638 dni (liczba oczekujących – 116), na koniec 2022 r. – 768 dni (liczba oczekujących – 122), na koniec 2023 r. – 940 dni (liczba oczekujących – 135). OOW NFZ nie posiadał danych o średnim czasie oczekiwania ani o liczbie oczekujących według stanu na 30 czerwca 2024 r.

W odniesieniu do powyższego kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Do NFZ przekazuję jedynie dane o liczbie pacjentów oczekujących i o pierwszym wolnym terminie. Na tej podstawie system NFZ dokonuje wyliczenia średniego czasu oczekiwania. W rzeczywistości czas oczekiwania dla przypadków stabilnych był stały w okresie objętym kontrolą i wynosił ok. 6 miesięcy, a przypadki pilne są przyjmowane na bieżąco.*

¹⁸ Dalej: OOW NFZ.

¹⁹ Dla pacjentów, którym nadano kategorię „przypadek stabilny”.

Według stanu na 15 listopada 2024 r. pierwszy wolny termin na udzielenie świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci u kontrolowanego świadczeniodawcy przypadał na 2 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli str. 178, 262, 321-322, 328, 333-334)

W sprawie zasadności kierowania pacjentów do AOS przez lekarzy POZ kierownik jednostki kontrolowanej stwierdził: *W mojej ocenie nie ma skierowań niezasadnych. Uważam natomiast, że obecnie funkcjonujący system, w którym lekarze POZ kierują pacjentów do specjalistów jest właściwy, gdyż lekarze specjaliści posiadają wiedzę specjalistyczną głębszą niż lekarze POZ. Pacjenci leczeni w poradniach specjalistycznych rzadko są leczeni w trybie pilnym na oddziałach szpitalnych, natomiast pacjenci leczeni wyłącznie przez lekarzy POZ wielokrotnie trafiają na oddziały szpitalne w przypadku zaostrzenia choroby.*

(akta kontroli str. 334)

3. W raporcie statystycznym za styczeń 2023 r. świadczeniodawca wykazał dane dotyczące udzielonych świadczeń, które wynikały z dokumentacji medycznej. Wprawdzie 104 udzielone świadczenia nie znajdowały odzwierciedlenia w wykazie przyjęć odbytych w styczniu 2023 r., jednak udzielenie tych świadczeń potwierdzały wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców.

(akta kontroli str. 194-195, 203-214)

4. Dokumentacja medyczna była prowadzona w postaci elektronicznej. Stosowany system informatyczny zapewniał kierownikowi jednostki kontrolowanej - jedynemu lekarzowi udzielającemu świadczeń w tym podmiocie, stały dostęp do dokumentacji medycznej. System ten wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub zmiany, a także zapewniał informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub zmiany. Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej 21 pacjentów pierwszorazowych przyjętych w 2023 r. wykazało, że zawierała ona: dane pacjenta, któremu udzielono świadczeń²⁰, opis stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, zalecenia (w tym dotyczące stosowania produktów leczniczych), oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń wraz z jego kodem resortowym²¹, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń oraz osoby kierującej na konsultację lub leczenie, jak również datę sporządzenia dokumentacji. Wpisy w dokumentacji były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

(akta kontroli str. 197, 235, 311, 314)

Badana indywidualna dokumentacja medyczna była kompletna, strony wydruku dokumentacji były numerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość (zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²²). Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej zawierała oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 pkt 2 ww. rozporządzenia i art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²³, a kolejne strony - imię i nazwisko pacjenta (zgodnie § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia).

(akta kontroli str. 198)

²⁰ Imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania i numer PESEL.

²¹ W dniu badania dokumentacja nie zawierała tego kodu, jednak, jak wyjaśnił kierownik jednostki kontrolowanej, było to spowodowane błędem systemu.

²² Dz.U. z 2024 r. poz. 798.

²³ Dz.U. z 2024 r. poz. 581.

W przychodni opracowano i stosowano *Instrukcję dotyczącą zabezpieczenia danych wrażliwych, bezpieczeństwa przechowywania danych oraz korzystania z oprogramowania na komputerach firmowych w przychodni*. W instrukcji tej określono zasady dostępu do dokumentacji medycznej, w tym dotyczące logowania do systemu informatycznego, w którym dokumentacja medyczna była prowadzona, jak też opisano zasady przechowywania i zabezpieczania tej dokumentacji. W instrukcji przewidziano m.in., że każdy z komputerów, na których przechowywane są dane pacjentów, musi posiadać system zabezpieczenia dwumacierzowego złożonego z dwóch identycznych dysków zapisujących jednocześnie wszystkie dane niezależnie od siebie oraz że każdorazowo po zakończeniu pracy należy wykonać kopię zapasową dokumentacji. Według instrukcji kopia powinna zostać zapisana na pendrivie zabezpieczonym systemem BITLocker w dwóch egzemplarzach. Ww. instrukcja określała także obowiązek aktualizacji systemu informatycznego, w którym prowadzona jest dokumentacja.

(akta kontroli str. 315, 343-344)

Dostęp do systemu teleinformatycznego stosowanego w przychodni posiadała - oprócz kierownika jednostki kontrolowanej - zatrudniona w przychodni pielęgniarka. Stosowany system wymagał identyfikacji osoby dokonującej wpisu lub zmiany za pomocą nadanych jego użytkownikom identyfikatorów. Uprawnienia dostępu były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska. Wpisów w dokumentacji medycznej dokonywał kierownik przychodni, a pielęgniarka prowadziła dokumentację pomocniczą do rozliczeń z NFZ (moduł: Usługi). System był na bieżąco aktualizowany.

(akta kontroli str. 235, 303-316)

Według wyjaśnień kierownika jednostki kontrolowanej, ww. system informatyczny nie zapewniał wymiany informacji z POZ lub innymi podmiotami udzielającymi świadczeń w zakresie AOS na temat kierowanych pacjentów. Systematycznie tworzone kopie zapasowe zasobów i przechowywano je na pendrivie umieszczonym w sejfie, w pomieszczeniu odrębnym od tego, w którym dane eksploatowane były na bieżąco.

(akta kontroli str. 235)

Jak wyjaśnił kierownik jednostki kontrolowanej, *szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej odbywa się na bieżąco, zgodnie z logicznymi zasadami postępowania z danymi wrażliwymi. W rezultacie na bieżąco aktualizowane jest oprogramowanie, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna, dostęp osób nieuprawnionych do gabinetu jest niemożliwy, stosowany jest monitoring za pomocą kamer oraz system alarmowy.*

(akta kontroli str. 335)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Skład oraz czas pracy personelu pielęgniarskiego, znajdującego się w dyspozycji świadczeniodawcy, nie był zgodny z postanowieniami umowy zawartej z NFZ w zakresie poradni alergologicznej dla dzieci.

Według danych ujętych w załączniku nr 2 *Harmonogram - zasoby* do umowy z NFZ, personel poradni alergologicznej dla dzieci miał obejmować trzy pielęgniarki dostępne łącznie przez 24 godziny tygodniowo. W okresie objętym kontrolą w poradni dostępna była jedna z ww. pielęgniarek²⁴, a określony

²⁴ Wprawdzie w okresie od 2 stycznia 2021 r. do 31 marca 2021 r. obowiązywała umowa, na podstawie której podmiot zewnętrzny zobowiązał się do udzielania świadczeń zdrowotnych

w harmonogramie²⁵ czas jej pracy wynosił 11 godzin tygodniowo. Według wyjaśnień kierownika jednostki kontrolowanej pielęgniarka ta pracowała w przychodni w poniedziałki i w środy w godzinach od 9:00 do 16:30 (tj. przez 15 godzin tygodniowo). Biorąc pod uwagę fakt, że świadczeniodawca – oprócz poradni alergologicznej dla dzieci – prowadził również poradnię alergologiczną dla dorosłych, a zgodnie z umową zawartą pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ łączny czas obu tych poradni wynosił 33 godziny, to czas pracy pielęgniarki stanowił 46 % zadeklarowanego w umowie całkowitego czasu pracy przychodni. Ponadto kierownik jednostki kontrolowanej umożliwił realizację wizyt prywatnych w dniach, w których w przychodni dostępna była pielęgniarka - udostępniane na stronie internetowej świadczeniodawcy terminy wizyt prywatnych przypadały na poniedziałki i środy²⁶.

Powyższe mogło skutkować naruszeniem zadeklarowanego przez świadczeniodawcę, na etapie prowadzonego postępowania konkursowego, procentowego udziału czasu pracy personelu pielęgniarskiego w stosunku do czasu pracy poradni (wynoszącego 50%). Stan taki był sprzeczny z 5 § ust. 1 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 zdrowotnej²⁷. Zgodnie z tym przepisem, 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.

(akta kontroli str. 12-13, 21-22, 34-35, 47-48, 63-70, 99-100, 115-116, 278-301)

W sprawie ww. niezgodności z umową w zakresie personelu pielęgniarskiego Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Informacje o zakończeniu współpracy [z pozostałymi pielęgniarkami] zostały przekazane do informatyka, który obsługuje w moim imieniu Portal świadczeniodawcy. Osoba ta nie dopełniła jednak formalności związanych z usunięciem z bazy pielęgniarek, które nie wykonywały pracy w przychodni.*

(akta kontroli str. 336)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinien udzielać personel wskazany w umowie z NFZ.

2. Świadczeniodawca umożliwił udzielanie świadczeń finansowanych przez pacjentów lub ich przedstawicieli (w ramach wizyt prywatnych) w czasie, w którym - zgodnie z załącznikiem Harmonogram-zasoby do umowy z NFZ - poradnia alergologiczna dla dzieci powinna być dostępna dla pacjentów, którym udzielane są świadczenia finansowane w ramach tej umowy. Zgodnie z § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca powinien udzielać świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem.

Na stronie internetowej świadczeniodawcy, w zakładce „Zasady przyjęć: Prywatnie” zawarto informację: *Nie obowiązują Państwa rygory KOLEJEK OCZEKUJĄCYCH. Przyjęcia odbywają się bez ustalonych limitów, a jedynym ograniczeniem jest techniczna i fizyczna możliwość przyjęcia danego dnia.*

w zakresie opieki pielęgniarskiej przez trzy wskazane w załączniku do tej umowy, to jednak ustalenia kontroli wskazują, że nie była ona realizowana.

²⁵ W Portalu świadczeniodawcy.

²⁶ Co wykazała analiza strony internetowej świadczeniodawcy prowadzona od 15 listopada do 3 grudnia 2024 r. oraz analiza stron archiwalnych.

²⁷ Dz. U. z 2106 r. poz. 1372.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Kontrakt z NFZ jest realizowany w 100%, a przyjęcie dodatkowych pacjentów [których świadczenia finansowałyby NFZ] w czasie, który przeznaczony jest na przyjmowanie pacjentów NFZ-owskich, generowałyby nieuzasadnione roszczenia wobec NFZ do zapłacenia za pacjentów przyjętych poza umową. W mojej ocenie obowiązkiem każdego podmiotu prywatnego, prowadzącemu działalność gospodarczą, jest działanie na korzyść tego podmiotu.*

(akta kontroli str. 21-22, 249-261, 335)

Należy zwrócić uwagę, że obowiązkiem świadczeniodawcy jest realizacja umowy z NFZ zgodnie z wszystkimi jej postanowieniami, w tym zawartymi w załącznikach. Bez znaczenia pozostaje również fakt, że świadczeniodawca realizuje 100% świadczeń przewidzianych w umowie z NFZ. Zgodnie bowiem z § 1 pkt 1 lit. b zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 stycznia 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, przy rozliczaniu świadczeń m.in. w zakresie alergologii dla dzieci, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

3. Prowadzony przez świadczeniodawcę harmonogram przyjęć nie obejmował danych pacjentów pierwszorazowych, przyjętych w okresie do 31 października 2023 r. włącznie, a tym samym świadczeniodawca nie posiadał również listy oczekujących na udzielenie świadczeń w tym okresie. Harmonogram, w którym rejestrowani byli pacjenci na badania diagnostyczne, nie zawierał natomiast wpisów za okres do 7 stycznia 2024 r. Taki stan był niezgodny z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 19a ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W świetle ww. przepisów harmonogram przyjęć stanowi część dokumentacji medycznej, którą podmiot udzielający świadczeń powinien przechowywać przez okres co najmniej 20 lat²⁸, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Zgodnie natomiast z art. 20 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.

Według wyjaśnienia kierownika jednostki kontrolowanej dane historyczne są usuwane z harmonogramu przyjęć przychodni na bieżąco, gdyż nie są mu potrzebne. W odniesieniu do listy oczekujących wyjaśnił: *Każdy pacjent, który został przyjęty jest odnotowany w systemie informatycznym, a jeżeli się nie zgłosił – odnotowywane jest to w jego kartotece, z informacją o wyznaczonym terminie wizyty. Informacje z list oczekujących, obejmujących przeszłe wizyty, nie są mi do niczego potrzebne.*

(akta kontroli str. 215-217, 240-241, 319, 333)

4. Harmonogram przyjęć nie był prowadzony w sposób odpowiadający wymogom określonym w przepisach prawa, gdyż:

- nie zawierał informacji na temat identyfikatorów skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak też rozpoznania lub powodu przyjęcia poszczególnych pacjentów oraz ich adresów; obowiązek uwzględnienia tych danych

²⁸ Dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia drugiego roku życia powinna być przechowywana przez okres 22 lat.

w ww. harmonogramie został określony w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit c, f oraz g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; - świadczeniodawca nie uwzględnił w harmonogramie kodów kategorii świadczeniobiorcy²⁹, przyjmujących wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych³⁰, jak też kodów przyczyny zmiany terminu w harmonogramie przyjęć określonych w tabeli nr 14 tego załącznika; powyższe było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia.

Ponadto analiza wpisów dotyczących ośmiu pacjentów pierwszorazowych wykazała, że przypisano ich do kategorii „Kolejna NFZ” (tzn. kontynuujący leczenie). Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym pacjenci pierwszorazowi (wpisywani na listę oczekujących) powinni być wpisani do odrębnej kategorii „Oczekujący”. Dodatkowo w jednym przypadku w harmonogramie nie odnotowano numeru PESEL pacjenta, numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji, jak też daty i godziny wpisu. Powyższe stanowiło naruszenie art. 19a ust. 4 pkt 1 w związku z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, e oraz h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Harmonogram przyjęć jest listą skróconą. Po otwarciu maila z rejestracji w systemie internetowym wszystkie te dane są dostępne. Dostęp do skierowania możliwy jest z poziomu systemu informatycznego KS w historii zdrowia i choroby. W historii zdrowia i choroby znajdują się również informacje o powodzie przyjęcia oraz o adresie świadczeniobiorcy. Ponieważ harmonogram przyjęć prowadzę w systemie internetowym, nie chcę podawać zbyt wiele danych dotyczących pacjentów.* Wyjaśnił ponadto: *Każdy pacjent, który został przyjęty jest odnotowany w systemie informatycznym, a jeżeli się nie zgłosił – odnotowane jest to w jego kartotece, z informacją o wyznaczonym terminie wizyty. Informacje z list oczekujących, obejmujących przeszłe wizyty, nie są mi do niczego potrzebne.*

(akta kontroli str. 196, 240-241, 333)

NIK zauważa, że prowadzenie harmonogramu przyjęć zgodnie z wymogami wynikającymi z przepisów prawa jest obowiązkiem świadczeniodawcy, wynikającym z przywołanych powyżej przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powinien on prowadzić dokumentację medyczną w sposób zapewniający bezpieczeństwo zawartych w niej danych.

W odniesieniu do braku numeru PESEL pacjenta, numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji oraz daty i godziny wpisu kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: (...) *pielęgniarka dokonująca wpisu nie dołożyła należytej staranności w uzupełnieniu wszystkich danych do harmonogramu, mając świadomość, że wszystkie te dane chwilę wcześniej wpisywała w dokumentację Pacjenta, która stanowi najistotniejszy dokument w procesie leczenia. Harmonogram przyjęć jest istotny, ale z uwagi na wiele niezbędnych czynności o charakterze leczniczym które musi wykonywać personel medyczny w trybie natychmiastowym, w czasie gdy Pacjent przebywa na terenie Poradni, a dotyczy to*

²⁹ Np. w przypadku pacjenta oczekującego – kod 2, a w przypadku pacjenta kontynuującego leczenie – kod 5.

³⁰ Dz.U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.

w szczególności badań diagnostycznych czy wykonywania zabiegów, czynności administracyjne są ograniczone do minimum i uzupełniane w drugiej kolejności (...).
(akta kontroli str. 337-341)

5. W żadnym z 21 badanych przypadków indywidualna dokumentacja medyczna małoletnich pacjentów pierwszorazowych, przyjętych w 2023 r., nie zawierała nazwisk i imion ich przedstawicieli ustawowych oraz adresów miejsc zamieszkania przedstawicieli. Obowiązek wskazywania w dokumentacji medycznej ww. informacji wynika z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Adres przedstawiciela najczęściej jest tożsamy z adresem pacjenta. Nie wpisywałem danych przedstawicieli przez niedopatrzenie.*

(akta kontroli str. 197, 334)

6. Czas pracy poradni alergologicznej dla dzieci nie w pełni odpowiadał deklarowanej w załączniku do umowy z NFZ dostępności miejsca udzielania świadczeń z zakresu alergologii dla dzieci. Analiza zbiorczej dokumentacji medycznej za styczeń 2023 r. i styczeń 2024 r. oraz rejestru usług za ten okres wykazała bowiem, że w poradni nie przestrzegano ustalonych w załączniku Harmonogram-zasoby godzin pracy, a ponadto wystąpiły dni, w których - wbrew deklaracji zawartej w ww. załączniku - świadczenia nie były udzielane, tj. 5, 12, 19 i 26 stycznia oraz 4, 11 i 25 stycznia 2024 r. (czwartki)³¹.

Kierownik jednostki kontrolowanej nie wskazał jednoznacznie przyczyn braku udzielania świadczeń w ww. dniach.

(akta kontroli str. 12-13, 21-22, 34-35, 47-48, 63, 69-70, 99-100, 115-116, 224, 335)

7. Kierownik jednostki kontrolowanej nie powiadomił pisemnie Dyrektora OOW NFZ w Opolu o przerwach w udzielaniu świadczeń w dniach 5, 12, 19 i 26 stycznia 2023 r. oraz 4, 11 i 25 stycznia 2024 r., co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjaśnił, że w jego ocenie *w przypadku jednodniowych nieobecności nie było potrzeby informowania NFZ o nieobecności, a pacjenci byli przenoszeni na inny termin (za kilka dni)*. Wyjaśnił również, że *każdorazowo o przerwie w udzielaniu świadczeń informowani są pacjenci*.

(akta kontroli str. 224, 318, 335)

Brak zgłoszenia dotyczył również co najmniej dwóch przerw urlopowych. Zidentyfikowane w trakcie kontroli NIK przerwy miały miejsce w okresie od 21 do 31 lipca 2021 r. oraz od 27 czerwca do 14 lipca 2024 r.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił, że nie były to przerwy planowane, a spowodowane zostały *sytuacjami chorobowymi*. Wyjaśnieniom tym przeczą jednak informacje podane na stronie internetowej przychodni, z których wprost wynika, że były to przerwy urlopowe.

(akta kontroli str. 225, 273, 275, 337-341)

8. W przychodni w dniu oględzin (24 października 2024 r.) brak było określonego w umowie z NFZ³² (w brzmieniu określonym aneksami) składnika sprzętu, tj. źródła tlenu innego niż koncentrator tlenu. Według wyjaśnień kierownika jednostki kontrolowanej powyższe wynikało z uzupełnienia w tym czasie butli tlenem poza terenem przychodni, jednak nie przedstawił on żadnych dokumentów potwierdzających ten fakt (np. protokołu napełnienia butli, świadectwa jakości gazu czy też faktury).

³¹ Ponadto jedyne świadczenie udzielone 18 stycznia 2024 r. było świadczeniem receptowym.

³² W załączniku Harmonogram – zasoby.

Ponowne oględziny przeprowadzone 21 listopada 2024 r. potwierdziły, że do przychodni została dostarczona butla, jednak oznaczenia wyłoczone na tej butli wskazywały, że upłynął termin wykonania obowiązkowego badania okresowego.
(akta kontroli str. 234-239, 242-248, 334-335, 346-350)

OCENA CZĄSTKOWA

Świadczeniodawca dysponował personelem pielęgniarskim w liczbie mniejszej niż wykazana w umowie z NFZ, a czas pracy tego personelu był krótszy niż określony w tej umowie. Świadczeniodawca naruszał także warunki ww. umowy dotyczące czasu udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w tym umożliwiał przyjmowanie pacjentów prywatnych w czasie przeznaczonym na realizację ww. umowy. W czasie kontroli NIK świadczeniodawca nie posiadał listy oczekujących obejmujących wizyty zrealizowane do października 2023 r., a prowadzony w poradni harmonogram przyjęć nie zawierał części wymaganych informacji. Powyższe uniemożliwiło kontrolę prawidłowości kolejności udzielania świadczeń. Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona była natomiast zgodnie z obowiązującymi regulacjami - z wyjątkiem przepisu w zakresie uwzględniania w niej danych przedstawicieli ustawowych pacjentów.

2. Współpraca AOS i POZ w obszarze udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

Badaniem objęto dokumentację medyczną dotyczącą 20 pacjentów przyjętych przez kontrolowany podmiot w 2023 r., którzy w ww. roku ukończyli 18 rok życia, a wcześniej leczyli się w tym podmiocie z powodu choroby przewlekłej i odbyli przynajmniej trzy wizyty. 17 spośród ww. 20 osób, których dokumentację poddano analizie, w dniu ostatniej wizyty odbytej w 2023 r. miało ukończone 18 lat. W badanej próbie 100% stanowili pacjenci, którym w latach 2023-2024 udzielono świadczeń specjalistycznych³³ i niebędący pacjentami pierwszorazowymi. Przeprowadzone badanie wykazało, że lekarze kierujący pacjentów na leczenie specjalistyczne nie dołączali do skierowań wyników badań pacjentów. W dwóch przypadkach udostępnione zostały informacje o pobycie pacjentów w szpitalach, a w jednym - na temat stosowanych leków. Lekarze kierujący zdiagnozowali wstępnie dziewięciu z ww. 20 pacjentów, lecz w jednym przypadku diagnoza lekarza POZ różniła się od diagnozy postawionej w przychodni. Pacjentom, którzy ukończyli 18 rok życia, zapewniono opiekę w poradni alergologicznej dla dorosłych u tego samego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 186-188)

We wszystkich badanych przypadkach informacje dla lekarza kierującego przekazywano za pośrednictwem pacjenta, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. System informatyczny stosowany w kontrolowanym podmiocie leczniczym nie umożliwiał wymiany informacji z POZ lub z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń w zakresie AOS na temat kierowanych pacjentów.

(akta kontroli str. 186-193)

³³ W rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 34 zarządzenia Nr 57/2023/DOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

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

W żadnym z 20 badanych przypadków lekarz udzielający świadczeń w poradni alergologicznej dla dzieci nie informował lekarzy kierujących 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 dla lekarzy kierujących/POZ przekazywane były pacjentom za pośrednictwem aplikacji komunikacyjnej. Powyższe stanowiło naruszenie wymogu określonego w § 12 ust. 4 i 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *uwazam, że przekazanie informacji lekarzowi kierującemu leży w interesie pacjenta i to on powinien przekazać informację lekarzowi kierującemu. Każdorazowo wysyłam pacjentom informację dla lekarza kierującego w formacie PDF. Informacje z wizyty, na której stawiana jest diagnoza, zapisywane są na Internetowym Koncie Pacjenta. Informacje te pacjent również może przekazać lekarzowi kierującemu.*

(akta kontroli str. 181-183, 186, 332-333, 351-354)

Dodatkowo przedmiotowe informacje były wysyłane pacjentom za pomocą komunikatora internetowego, wykorzystującego centra danych zlokalizowanych w różnych częściach świata (w tym również poza Europejskim Obszarem Gospodarczym). Taki sposób przekazywania danych medycznych stwarzał ryzyko dla ich bezpieczeństwa, gdyż egzekwowanie przestrzegania europejskich przepisów w zakresie ochrony danych w krajach spoza EOG może okazać się niemożliwe.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił: *Posiadam zgodę ustną każdego Pacjenta, któremu wysyłane są drogą elektroniczną Karty Informacyjne oraz inne dokumenty leczenia w formie pdf.*

(akta kontroli str. 188-190)

Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)³⁴ dane osobowe muszą być przetwarzane w sposób zapewniający odpowiednie ich bezpieczeństwo, w tym ochronę przed niedozwolonym lub niezgodnym z prawem przetwarzaniem oraz przypadkową utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem, za pomocą odpowiednich środków technicznych lub organizacyjnych ("integralność i poufność"). Zgodnie z ust. 2 wskazanego przepisu to administrator jest odpowiedzialny za przestrzeganie ww. regulacji i musi być w stanie wykazać ich przestrzeganie ("rozliczalność"). Ponadto, w preambule ww. rozporządzenia wskazano, że dane osobowe, które z racji swego charakteru są szczególnie wrażliwe w świetle podstawowych praw i wolności, wymagają szczególnej ochrony, gdyż kontekst ich przetwarzania może powodować poważne ryzyko dla podstawowych praw i wolności.

³⁴ Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.

OCENA CZĄSTKOWA

Świadczeniodawca zapewnił opiekę pacjentom poradni alergologicznej dla dzieci, którzy ukończyli 18. rok życia, w prowadzonej przez siebie poradni alergologicznej dla dorosłych. Stwierdzona nieprawidłowość w badanym obszarze dotyczyła nieprzekazywania lekarzom kierującym informacji dotyczących pacjentów skierowanych do AOS. Informacje te były przekazywane pacjentom w sposób, który nie gwarantował bezpieczeństwa tych informacji.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań mających na celu w pełni prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.
2. Zaniechanie usuwania informacji z harmonogramu przyjęć oraz z listy oczekujących.
3. Dostosowanie liczebności i czasu pracy personelu do postanowień umowy z NFZ.
4. Zaniechanie rejestracji pacjentów na wizyty prywatne w czasie, który powinien być przeznaczony na udzielanie świadczeń pacjentom w ramach umowy z NFZ.
5. Powiadamianie Dyrektora OOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń.
6. Podjęcie działań zapewniających przekazywanie lekarzom kierującym informacji 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.
7. Zapewnienie bezpieczeństwa informacji przekazywanych pacjentom.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w 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 wykorzystania uwag i 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, grudnia 2024 r.

Kontroler
Aleksandra Pawlicka
Doradca ekonomiczny

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

.....
podpis