



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.005.04.2020

Pan
Przemysław Budny
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej -
Miejskiej Przychodni Zdrowia
ul. Orła 1
05-091 Ząbki

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/054 – Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego
w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Miejska Przychodnia Zdrowia, ul. Orla 1, 05-091 Ząbki (dalej „SPZOZ” lub „Zakład”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Budny, Dyrektor od dnia 15 sierpnia 2001 r. (akta kontroli str. 1)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych 2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2020 (do 18 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Grzegorz Wieczorek, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/32/2020 z dnia 22 września 2020 r. 2. Justyna Justyńska, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/38/2020 z dnia 2 października 2020 r. (akta kontroli str. 2-3)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	W latach 2019-2020 organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych, zapewniła realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Udzielano ich zarówno bezpośrednio, jak i w formie teleporad. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarze przeznaczali średnio 80% czasu trwania porady, a 20% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał wykształcenie i kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki, oprócz zadań o charakterze medycznym, wykonywały również czynności administracyjne, przy wsparciu rejestratorek, sekretarek medycznych i pracowników administracji. Pielęgniarki i położna zatrudnione w poradni chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położniczej nie miały jednak kwalifikacji uprawniających do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta i świadczeń takich nie udzielały.
--------------	---

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej ustawa o NIK.

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

SPZOZ został wyposażony w niezbędne narzędzia informatyczne, jednak użytkowany (od 2007 r.) system informatyczny nie wspierał, w pełni, pracy personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych. System był wykorzystywany przede wszystkim do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie został zintegrowany z innymi systemami. W jednostce nie wdrożono systemu zapewniającego spełnienie wszystkich wymagań do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokumentacja medyczna w postaci papierowej prowadzona była nierzetelnie.

Pomimo trudności w korzystaniu z narzędzi informatycznych przez część personelu medycznego, nie skorzystano możliwości odciążenia pracy lekarzy poprzez nadawanie uprawnień asystentom medycznym do wypisywania w ich imieniu e-recept i e-zwolnień.

Niegospodarnym działaniem było niewdrożenie systemu informatycznego, przeznaczonego do ewidencji środków trwałych i wyposażenia oraz wspomagającego proces inwentaryzacji majątku, zakupionego w 2015 r. Nieskutecznie sprawowany był również nadzór nad realizacją umowy dotyczącej obsługi informatycznej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły także nieokreślenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporady oraz miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie, nieokreślenia lub nieaktualnienia pracownikom zakresów obowiązków i niedostępności informacji świadczeniobiorcom.

Pozytywną inicjatywą kierownictwa SPZOZ było rozpoczęcie projektu współfinansowanego ze środków europejskich, dzięki któremu w 2021 r. zaplanowana została kompleksowa informatyzacja Zakładu, mająca na celu poprawę jakości obsługi pacjentów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej³ kontrolowanej działalności

Obszar

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

W Zakładzie obowiązywał regulamin organizacyjny⁴, który określał strukturę wewnętrzną, zadania komórek organizacyjnych oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, co było zgodne z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

Regulamin organizacyjny zmieniony został z pominięciem wydania aktu wewnętrznego. Do zarządzenia Nr 4/2018 Dyrektora SPZOZ w Ząbkach z dnia 18 września 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie wprowadzenia regulaminu organizacyjnego, dodany został załącznik Nr 1 – regulamin organizacyjny, który nie został wymieniony w zarządzeniu (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

³ 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.

⁴ Załącznik do zarządzenia Nr 3/2014 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach z dnia 30 stycznia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego, ze zm., dalej *regulamin organizacyjny*.

⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm., dalej *ustawa o działalności leczniczej*.

SPZOZ, na podstawie zawartych umów z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (dalej MOW NFZ), w latach 2019 - 2020 udzielał świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (dalej POZ)⁶, ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej AOS)⁷ oraz leczenie stomatologiczne.

W sposób zwyczajowo przyjęty stosowano zasady przyjmowania pacjentów. Ich rejestracja była możliwa za pośrednictwem „Rejestracji Dorosłych” oraz „Rejestracji Dzieci” i odbywała się z osobistym udziałem pacjenta bądź jego opiekuna prawnego lub w formie telefonicznego zgłoszenia za pośrednictwem trzech linii telefonicznych. W SPZOZ przyjęto, w sposób niesformalizowany, 15 minut jako standardowy czas na przyjęcie pacjenta.

Na stronie internetowej Zakładu nie umieszczono informacji dla pacjentów dotyczących wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

SPZOZ nie prowadził również urzędowego publikatora teleinformatycznego - Biuletynu Informacji Publicznej (dalej BIP). W konsekwencji, nie były również przestrzegane przepisy ustawy o działalności leczniczej, na mocy których SPZOZ zobowiązany był do podawania w BIP aktualnych informacji dla pacjentów w powyższym zakresie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W regulaminie organizacyjnym nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku udzielania ich za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, tj. w formie teleporady oraz nie wskazano miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Świadczenia były udzielane w formie teleporady przez wszystkich lekarzy od marca 2020 r. w dni robocze, bez technicznej możliwości ich nagrywania i odtwarzania. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie zostały wdrożone sformalizowane zasady zapewniające odpowiednie warunki realizacji teleporad i gwarantujące zachowanie bezpieczeństwa informacji medycznych.

Z upoważnienia Dyrektora SPZOZ, główna księgowa wyjaśniła, że personel medyczny w sposób zwyczajowo przyjęty postępował w tym zakresie zgodnie ze swoją fachowością i doświadczeniem.

W Zakładzie nie dopełniono obowiązku informacyjnego o warunkach udzielania teleporad w ramach POZ, o którym mowa w § 3 pkt 1 lit. a-f rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁸ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 4, 94-112, 233-234, 429, 921-979, 1324-1325, 1424-1430, 1624-1626)

Zakład zapewnił pacjentom dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (POZ i AOS). Lekarze⁹ byli obecni w pracy zgodnie z prowadzonymi harmonogramami pracy i listami obecności.

(akta kontroli str. 1790-1825)

⁶ W zakresie świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ oraz pielęgniarki szkolnej.

⁷ W zakresie chirurgii ogólnej oraz położnictwa i ginekologii.

⁸ Dz. U. poz. 1395, dalej rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady.

⁹ Analizą objęto czas pracy pięciu lekarzy POZ i jednego lekarza AOS w kwietniu, czerwcu i sierpniu 2020 r.

W wyniku badania dokumentacji medycznej 10 pacjentów, którym udzielono we wrześniu 2020 r. świadczeń zdrowotnych w ramach POZ i AOS, w tym pięciu w formie teleporady i pięciu w bezpośrednim kontakcie, stwierdzono, że 100% badanej dokumentacji medycznej nie spełniało co najmniej jednego wymogu określonego w §§ 4-7, 10 i 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁰ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 pacjentów, którym zostały udzielone świadczenia POZ za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej w listopadzie i grudniu 2020 r., stwierdzono, że lekarze dokonywali adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w tej formie, zgodnie z § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady.

(akta kontroli str. 1225-1292)

W Zakładzie obowiązywała Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych¹¹, która określała m.in. obowiązki inspektora ochrony danych osobowych, obszary ich przetwarzania oraz wykaz zbiorów danych osobowych przetwarzanych w systemach teleinformatycznych. Wprowadzona została również *Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym*¹², w której wskazano zasady nadawania osobom uprawnień do przetwarzania danych osobowych, procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy użytkowników systemu informatycznego oraz sposób i miejsce przechowywania elektronicznych nośników informacji.

(akta kontroli str. 4, 40-93, 1309)

Zasady składania skarg i wniosków określone zostały w § 15 ust. 4 regulaminu organizacyjnego oraz w komunikacie umieszczonym w siedzibie SPZOZ na tablicy ogłoszeń. W latach 2019-2020 (do 30 września) odnotowano trzy skargi pacjentów dotyczące niewłaściwej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, przy czym wszystkie zostały uznane za bezzasadne. SPZOZ nie prowadził rejestru skarg i wniosków (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 4, 113-190, 1323)

1.2. Struktura i forma zatrudnienia

Dyrektor SPZOZ udzielał świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza chirurga, na podstawie umowy zawartej z Burmistrzem Miasta Ząbki, zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W latach 2018-2020 (do 30 września) w SPZOZ zatrudniano osoby, w poszczególnych grupach zawodowych, na podstawie umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych, tj. umowy zlecenie oraz umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontrakt).

Zatrudnienie na koniec września 2020 r. na podstawie umowy o pracę wynosiło 22,5 etatów (24 osoby) i było niższe w porównaniu do stanu zatrudnienia na koniec 2019 r. o 1,2 etatu (5,3%) i na koniec 2018 r. o 1,5 etatu (6,8%). Udział (w etatach) pracowników medycznych w strukturze zatrudnienia ogółem wynosił: na koniec

¹⁰ Dz. U. poz. 666, ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

¹¹ Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 6/2019 Dyrektora SPZOZ Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach z dnia 2 grudnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia Polityki Bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych w SPZOZ Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach, dalej Polityka Bezpieczeństwa.

¹² Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 5/2018 Dyrektora SPZOZ Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach z dnia 1 września 2018 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych pacjentów w SPZOZ Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach.

września 2020 r. 52,2%; na koniec 2019 r. 54,6%; na koniec 2018 r. 55,3%. W grupie personelu medycznego¹³ zatrudniano lekarzy i pielęgniarki: na koniec września 2020 r. 4,7 etatu i 7,1 etatu; na koniec 2019 r. odpowiednio 4,6 i 8,3; na koniec 2018 r. 4,9 i 8,4.

Udział (w etatach) pracowników niemedyceńskich w strukturze zatrudnienia ogółem wynosił 47,8% na koniec września 2020 r. i był wyższy od stanu zatrudnienia na koniec 2019 r. i 2018 r. o 2,4 punktu procentowego. W wymienionym okresie największą grupę zawodową w administracji stanowiły sekretarki medyczne (cztery osoby) i pracownicy obsługi (trzy osoby).

Na podstawie umowy zlecenia, na koniec 30 września 2020 r., zatrudnionych było siedem osób, tj. o trzy mniej (30,0%) niż na koniec 2019 r. i 2018 r. W 2020 r. personel medyczny (dwóch lekarzy, pielęgniarka, położna) stanowił 57,1% ogółu zatrudnionych w tej formie, a personel administracyjny 42,9%.

W SPZOZ obowiązywały również trzy umowy na usługi obce z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, których przedmiotem było świadczenie usług administrowania siecią informatyczną, pełnienie funkcji inspektora ochrony danych osobowych oraz wykonywanie usług transportowych.

Świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilnoprawnych, tzw. kontraktów, na koniec września 2020 r. udzielało pięciu lekarzy, w tym czterech POZ i jeden AOS, w przeliczeniu 1,9 etatu, tj. o 2,3 etatu (54,8%) niższym niż na koniec 2019 r. i o dwa etaty (51,3%) niższym niż na koniec 2018 r. W okresie objętym kontrolą nie zatrudniano osób w celu wsparcia pracy personelu medycznego.

(akta kontroli str. 193-232, 742)

1.3. Koszty wynagrodzeń

W I półroczu 2020 r. koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 892,9 tys. zł i w porównaniu do I półrocza 2019 r. były wyższe o 38,9 tys. zł (4,6%). Wzrost wynagrodzeń osobowych związany był ze zwiększeniem czterem pracownikom minimalnego wynagrodzenia za pracę od 1 stycznia 2020 r. do kwoty 2,6 tys. zł oraz przyznaniem nagród i premii uznaniowych. Średniomiesięczne wynagrodzenie brutto na jednego zatrudnionego pracownika, w I półroczu 2020 r., wyniosło 6,0 tys. zł i w porównaniu do I półrocza 2019 r. było wyższe o 0,3 tys. zł (5,3%).

Koszty wynagrodzeń bezosobowych, w I półroczu 2020 r., wyniosły 205,4 tys. zł i w porównaniu do I półrocza 2019 r. były wyższe o 36,3 tys. zł (21,5%). W I półroczu 2020 r. najwyższy wzrost wynagrodzeń bezosobowych o 34,8 tys. zł, w porównaniu do I półrocza 2019 r., wystąpił w grupie pracowników administracyjnych oraz z tytułu usług informatycznych. Średniomiesięczne wynagrodzenie bezosobowe brutto na jedną zatrudnioną osobę w I półroczu 2020 r. wyniosło 2,6 tys. zł i w porównaniu do I półrocza 2019 r. było wyższe o 0,2 tys. zł (8,3%).

Koszty usług obcych, realizowanych na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. kontraktów w I półroczu 2020 r. wyniosły 349,7 tys. zł, i były o 104,6 tys. zł (23,0%) niższe niż w I półroczu 2019 r. Przyczyną niższych kosztów z tego tytułu było zmniejszenie liczby kadry medycznej, z którą zawarte zostały umowy, o jednego lekarza od 1 stycznia 2020 r. oraz ograniczenie czasu wykonywania świadczeń zdrowotnych w związku z sytuacją epidemiczną. Średniomiesięczne wynagrodzenie brutto na jednego lekarza udzielającego

¹³ Według stanu na 30 września 2020 r. jedna położna zatrudniona była na podstawie umowy zlecenie, a w 2019 r. na podstawie umowy o pracę.

świadczeń na podstawie kontraktu, w I półroczu 2020 r., wynosiło 7,3 tys. zł i było niższe w porównaniu do I półroczu 2019 r. o 0,3 tys. (3,9%).

Udział wynagrodzeń, w I półroczu 2020 r., stanowił 50,7% kosztów ogółem, natomiast w 2019 r. 48,8%. Udział kosztów obcych (tzw. kontraktów) stanowił w tym okresie odpowiednio: 17,1% i 21,6% kosztów ogółem.

(akta kontroli str. 430-598, 1303-1306, 1627-1629)

1.4. Organizacja wykonywania czynności administracyjnych w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W okresie objętym kontrolą SPZOZ sporządzał 20 sprawozdań, w tym: 10 dla Ministerstwa Zdrowia, siedem dla Narodowego Funduszu Zdrowia, dwa dla Głównego Urzędu Statystycznego oraz dwa dla Urzędu Miasta Ząbki.

Jednostki te wymagały regularnego (najczęściej miesięcznego, kwartalnego lub rocznego) raportowania m.in. na temat liczby pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne, wykonanych świadczeń zdrowotnych według wszystkich umów z NFZ, sytuacji finansowej, udzielonych porad, liczby wykonanych przerwania ciąży. Dwa z 20 sprawozdań sporządzane były automatycznie przy wykorzystaniu użytkowanego systemu informatycznego¹⁴. Pozostałe sprawozdania sporządzane były manualnie. Do opracowania wszystkich sprawozdań wyznaczono pięć osób z kadry administracyjnej oraz dwie pielęgniarki, które przygotowywały dane do trzech sprawozdań¹⁵, ponieważ miejsca ich pracy (gabinety w szkołach podstawowych) nie były z informatyzowane i skomunikowane z systemem informatycznym obsługiwanym w SPZOZ.

(akta kontroli str. 235-427)

Na dzień 30 września 2020 r. wypełnianiem indywidualnej wewnętrznej i zewnętrznej dokumentacji medycznej zajmowali się lekarze, a w przypadku niektórych lekarzy mających problemy ze sprzętem informatycznym, zlecenia na wyroby medyczne, karty DILO i skierowania do sanatorium wypełniały, w zależności od organizacji pracy: pielęgniarki, położna, rejestratorki, sekretarki medyczne lub referent administracyjny.

(akta kontroli str. 238-239, 1442)

Trzy sekretarki medyczne i rejestratorka medyczna¹⁶ zajmowały się obsługą i rejestracją pacjentów, w tym m.in. przyjmowaniem oświadczeń od pacjentów o przysługującym im prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, włączaniem lub wprowadzaniem do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych, udostępnionych przez pacjentów, istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego oraz z czynnościami związanymi z udostępnianiem dokumentacji medycznej, np. pobieraniem opłaty za wykonanie odpisów indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 1432-1435)

Na podstawie badania¹⁷ dokumentacji osobowej (pod względem pisemnego określenia zakresów obowiązków) 21 (87,5%) pracowników zatrudnionych

¹⁴ 1) Sprawozdanie o udzielonych świadczeniach; 2) Sprawozdanie w zakresie list oczekujących.

¹⁵ 1) Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (MZ-06); 2) Raport o ilości deklaracji POZ (lekarz, pielęgniarka, położna); 3) Wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ.

¹⁶ Zastępowały ich trzy pielęgniarki, położna i referent administracyjny.

¹⁷ Próba celowa dokumentacji osobowej pracowników medycznych i administracyjnych zatrudnionych na dzień 30 września 2020 r.

na podstawie umowy o pracę stwierdzono, że 14 z nich (66,7%) nie miało zakresów obowiązków w formie pisemnej lub zakresy te były nieaktualne (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 743-767, 769-783, 789-824)

W Zakładzie nie zatrudniano absolwentów studiów o kierunku zdrowie publiczne. Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że żaden z nich nie zgłaszał deklaracji podjęcia pracy. Zauważył również, iż absolwenci studiów o kierunku zdrowie publiczne mają znaczne żądania płacowe, dlatego środki finansowe woli przeznaczać na zatrudnienie absolwentów studiów lekarskich, ponieważ w grupie lekarzy najbardziej odczuwalne są braki kadrowe.

(akta kontroli str. 238-239, 1326-1327, 1432-1435)

1.5. Kwalifikacje i doświadczenie zawodowe oraz obciążenie pracą personelu medycznego

Na dzień 30 września 2020 r. zatrudnionych było osiem pielęgniarek i jedna położna. Dwie pielęgniarki miały wyższe wykształcenie, natomiast sześć z nich i jedna położna legitymowały się średnim wykształceniem. Osoby te miały wymagane kwalifikacje i staż pracy w zawodzie, o których mowa w art. 7-8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o *podstawowej opiece zdrowotnej*¹⁸ oraz w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w *sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*¹⁹.

Pielęgniarki i położna nie udzielały samodzielnych porad w ramach AOS (w poradni chirurgii ogólnej i poradni ginekologiczno-położniczej), jako kontynuacji leczenia, przewidzianej dla tych zawodów²⁰, ponieważ nie miały wymaganych kwalifikacji²¹.

(akta kontroli str. 768, 786-788, 1293-1295)

W latach 2019-2020 (do 30 czerwca) dane w zakresie liczby udzielonych porad i średniego czasu trwania porady lekarskiej w POZ i AOS kształtowały się następująco:

- W 2019 r. udzielono 42 198 porad w POZ, w tym 21 779 w I półroczu i 20 419 w II półroczu. W I półroczu 2020 r. liczba porad w POZ wynosiła 17 774, w tym 3555 (20%) porad udzielonych było w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, natomiast w formie teleporady 14 219 (80%). Oznacza to, że w I półroczu 2020 r. nastąpił spadek o 18,4% liczby porad ogółem w POZ w porównaniu z I półroczem 2019 r.
- W I półroczu 2020 r. średnia liczba porad w POZ przypadająca na jednego lekarza wyniosła 1367, co oznacza wzrost o 86 (6,7%) w porównaniu do I półrocza 2019 r.
- W I półroczu 2020 r. średni czas udzielania porady przez lekarza POZ w bezpośrednim kontakcie wynosił 15,0 min i był krótszy o 3,5 min (23,3%) w porównaniu do I półrocza 2019 r. Średni czas udzielania teleporady w I półroczu 2020 r. wynosił 6,5 min.
- W 2019 r. udzielono 5412 porad w AOS, w tym w I półroczu 2789 i w II półroczu 2623. W I półroczu 2020 r. w AOS udzielono ogółem 2409 porad, w tym 1998 (82,9%) odbyło się w bezpośrednim kontakcie, a 411 (17,1%) w formie teleporady. W tym okresie udzielono 1554 (64,5%) porady AOS w zakresie

¹⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

¹⁹ Dz. U. Nr 151 poz. 896.

²⁰ Uprawnienie nadane od dnia 17 października 2019 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1864).

²¹ Między innymi ukończonych kursów specjalistycznych w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept.

ginekologii i położnictwa i 855 (35,5%) porad w zakresie chirurgii. W I półroczu 2020 r. nastąpił spadek o 13,6% w liczbie porad ogółem w AOS, w porównaniu z analogicznym okresem 2019 r.

- W I półroczu 2020 r. w AOS średnia liczba porad ogółem przypadająca na jednego lekarza wyniosła 1204 i była niższa o 190 porad (13,6%) w porównaniu do I półrocza 2019 r.
- W I półroczu 2020 r. średni czas udzielania porady przez lekarza AOS w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem wynosił 20 min, a średni czas teleporady wynosił 8 min. Z kolei w analogicznym okresie 2019 r. średni czas udzielania porady przez lekarza w przychodni wynosił 15 min (w porównaniu do 2020 r. był krótszy o 5 min).

Średnia liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy POZ przypadająca na jednego lekarza w I półroczu 2019 r. i w I półroczu 2020 r. kształtowała się odpowiednio: recepty 1108 i 1769; zwolnienia lekarskie 293 i 321; skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej 175 i 130; zaświadczenia i orzeczenia lekarskie 53 i 61.

Średnia liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy w ramach AOS, która przypadła na jednego lekarza w I półroczu 2019 r. i w I półroczu 2020 r. kształtowała się odpowiednio: recepty 470 i 624; zwolnienia lekarskie 421 w obydwu wymienionych okresach; skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej 360 i 259; zaświadczenia i orzeczenia lekarskie 198 i 101.

(akta kontroli str. 885-918)

Zaświadczenia lekarskie wydawane były w postaci papierowej i według wyjaśnień Dyrektora SPZOZ, w latach 2019-2020, nie wystawiano zaświadczeń na życzenie pacjenta, nieuregulowanych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

W cenniku określono opłatę 40 zł za wydanie zaświadczeń na wniosek pacjenta, ale nie poinformowano świadczeniobiorców o rodzajach zaświadczeń wydawanych odpłatnie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(4, 950, 1426-1431)

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe²² lekarze przeznaczali średnio 80% czasu trwania porady, a 20% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 9 lekarzy²³ podczas udzielania przez nich łącznie 347²⁴ świadczeń, wykazała, że:

(1) dla porad pierwszorazowych²⁵:

- średni czas trwania porady wyniósł 14,8 min (czas minimalny – 6 min, czas maksymalny – 25 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5,2 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 12 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 6,5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 11,7 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 17 min), co stanowiło 79,2% w średnim czasie trwania porady,

²² Dotyczy porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym uwzględniono porady pierwszorazowe oraz kontynuację leczenia.

²³ 7 lekarzy udzielających świadczeń POZ i 2 lekarzy udzielających świadczeń AOS.

²⁴ W badaniu nie uwzględniono 9 porad kontynuacji leczenia w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w których lekarz nie przeprowadził badania przedmiotowego (łączna liczba świadczeń 356).

²⁵ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 23 świadczenia.

- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 3,1 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 8 min), co stanowiło 20,8% średniego czasu trwania porady²⁶;

(2) dla kontynuacji leczenia²⁷:

- średni czas trwania porady wyniósł 13,6 min (czas minimalny – 6 min, czas maksymalny – 60 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 4,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 15 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 6,3 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 11,0 min (czas minimalny – 4 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 80,8% w średnim czasie trwania porady,
- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 2,6 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 19,2% średniego czasu trwania porady²⁸;

(3) dla teleporad:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 12,7 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 45 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 8,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 68,9% średniego czasu trwania porady,
- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 4,0 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 31,1% średniego czasu trwania porady.

(akta kontroli str. 1695-1735)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, tj. w formie teleporady, oraz nie wskazano miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 5-6 ustawy o *działalności leczniczej*.

Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Art. 24 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej* stanowi, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego należy określić m.in. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach

²⁶ 21,8% porad pierwszorazowych poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem.

²⁷ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – łącznie analizie poddano 83 świadczenia.

²⁸ 12,0% porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne były dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem.

organizacyjnych zakładu leczniczego (art. 24 ust. 1 pkt 6) oraz miejsce udzielania świadczeń, przy czym w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń (art. 24 ust. 1 pkt 5).

Pomimo udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad, od marca 2020 r., do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK nie dokonano aktualizacji regulaminu organizacyjnego SPZOZ w odniesieniu do powyższych kwestii.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że procedury wewnętrzne w tym zakresie nie zostały wdrożone, ale pracownicy SPZOZ postępowali w sposób zwyczajowo przyjęty, kierując się doświadczeniem zawodowym i praktyką. Z upoważnienia Dyrektora SPZOZ, główna księgowa wyjaśniła dodatkowo, że nie aktualizowano regulaminu organizacyjnego w tym zakresie ze względu na sytuację pandemiczną.

(akta kontroli str. 4, 921-924, 950-953)

Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że zaniechania w tym zakresie nie mogą być usprawiedliwione sytuacją epidemiczną związaną z COVID-19.

2. Bez zachowania należytej staranności wprowadzono zmianę regulaminu organizacyjnego, co było działaniem nierzetelnym. Do zarządzenia Nr 4/2018 Dyrektora SPZOZ w Ząbkach z dnia 18 września 2018 r. zmieniającego zarządzenie *w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego*, dodany został załącznik Nr 1 – regulamin organizacyjny, mimo że nie został wymieniony w tym akcie prawnym, jak również w treści zarządzenia nie wskazano, że dokonuje się zmiany tego regulaminu²⁹. W ten sposób Dyrektor zmienił m.in. wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, czas pracy punktu szczepień i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z dyspozycją określoną w § 11 ust. 4 statutu³⁰ SPZOZ, organizację wewnętrzną, strukturę organizacyjną oraz zakres zadań pracowników na poszczególnych stanowiskach określa Dyrektor w regulaminie organizacyjnym.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że błędy te wystąpiły wskutek omyłki w procesie przygotowywania projektu zarządzenia wewnętrznego.

(akta kontroli str. 4, 99)

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli każda zmiana regulaminu organizacyjnego powinna być wprowadzona w tej samej formie, w jakiej regulamin został ustanowiony, tj. zarządzeniem Dyrektora.

3. Na stronie internetowej³¹ oraz w siedzibie SPZOZ nie opublikowano informacji dla pacjentów o warunkach udzielania teleporad, co stanowiło naruszenie § 3 pkt 1 lit. a-f *rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady*.

²⁹ W zarządzeniu Nr 4/2018 Dyrektora SPZOZ w Ząbkach zawarte zostało postanowienie o zmianie zarządzenia Nr 3/2014 Dyrektora SPZOZ w Ząbkach w zakresie brzmienia § 15, poprzez dodanie w nim ust. 6 w brzmieniu „6. Dyrektora podczas jego nieobecności zastępuje Główny Księgowy”. W istocie wprowadzona zmiana winna dotyczyć § 15 załącznika do zarządzenia Nr 3/2014 Dyrektora SPZOZ w Ząbkach, który to załącznik stanowi regulamin organizacyjny SPZOZ.

³⁰ Załącznik do uchwały Nr XLVII/445/2017 Rady Miasta Ząbki z dnia 21 września 2017 r. *zmieniającej uchwałę w sprawie nadania statutu Samodzielnemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej – Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach*, ze zm.

³¹ <http://przychodniaorla.pl/>, dostęp 3 listopada 2020 r.

W konsekwencji pacjenci nie mieli m.in. dostępu do informacji o środkach łączności, przy użyciu których można uzyskać teleporady, o sposobie ustalenia jej terminu oraz o zasadach postępowania w sytuacji, gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie udzielenia teleporady skutkuje jej anulowaniem.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że przed wejściem do budynku Zakładu umieszczone zostały ogólne numery telefonów, a ponadto osoby pracujące w „Rejestracji Dorosłych” i w „Rejestracji Dzieci” udzielają informacji w tym zakresie. Główna księgowa wyjaśniła ponadto, że informacji nie opublikowano na stronie internetowej, ponieważ nie została wyznaczona osoba odpowiedzialna za prowadzenie i aktualizację wiadomości na stronie internetowej.

W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych, w dniu 23 listopada 2020 r., na stronie internetowej oraz na tablicy informacyjnej w budynku SPZOZ umieszczone zostały informacje o warunkach udzielania teleporad.

(akta kontroli str. 4, 1424-1425)

4. Na stronie internetowej³² Zakładu nie zostały udostępnione informacje dla pacjentów dotyczące wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³³, oraz o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Oznacza to, że nie były przestrzegane postanowienia art. 24 ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że informacja o wysokości opłat opublikowana była na stronie internetowej, ale z powodu awarii była niedostępna dla pacjentów.

W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych, w dniu 10 grudnia 2020 r., na stronie internetowej zostały opublikowane wymienione wyżej informacje.

(akta kontroli str. 98-102)

5. W Zakładzie nie został utworzony urzędowy publikator teleinformatyczny Biuletyn Informacji Publicznej, co stanowiło naruszenie art. 4 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o *dostępie do informacji publicznej*³⁴. Zgodnie z wymienionymi przepisami Zakład zobowiązany jest do utworzenia i prowadzenia BIP w celu powszechnego udostępniania informacji publicznej.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że BIP nie był prowadzony ze względu na konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów, ale w tym zakresie nie udokumentował faktu przeprowadzenia stosownej analizy określającej ich wysokość. Utworzenie BIP, według wyjaśnień Dyrektora SPZOZ, zostało zaplanowane w 2021 r.

(akta kontroli str. 94-99, 1334)

Nieprzestrzeganie przepisów tej ustawy uniemożliwiło zainteresowanym osobom dostęp do informacji, które powinny być upublicznione przez podmiot leczniczy, w tym m.in. do raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ, o którym mowa w art. 53a ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*. Konieczność ponoszenia kosztów nie może stanowić usprawiedliwienia dla nieprzestrzegania przepisów dotyczących wymogu utworzenia BIP.

(akta kontroli str. 191-192, 1334)

³² <http://przychodniaorla.pl/>, dostęp 4 grudnia 2020 r.

³³ Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

³⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 2176.

6. Nierzetelnie prowadzona była dokumentacja medyczna w formie papierowej 10 pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w ramach POZ i AOS. Dokumentacja nie spełniała co najmniej jednego wymogu określonego w §§ 4-7, 10 i 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w tym:

- wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej dokonywane w sposób nieczytelny (10%),
- nieponumerowane strony dokumentacji medycznej (60%),
- strony dokumentacji medycznej niezawierające co najmniej imienia i nazwiska pacjenta (80%),
- brak numeru PESEL na pierwszej stronie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (10%),
- niepoprawna korekta błędnego wpisu (20%),
- brak informacji o dawkowaniu leków (10%).

W jednej z 10 badanych dokumentacji medycznych odnotowana została porada lekarska w bezpośrednim kontakcie z pacjentem (SPZOZ), mimo że faktycznie odbyła się w formie teleporady. Ponadto w raporcie do MOW NFZ z udzielonych świadczeń zdrowotnych za wrzesień 2020 r., zgłoszona została jedna teleporada, która faktycznie nie odbyła się.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że przyczyną wymienionych nieprawidłowości były pomyłki i nienależyta staranność w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów. W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych, w dniu 18 grudnia 2020 r., zobowiązał kadrę medyczną do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Nieprawidłowości te, według wyjaśnień Dyrektora, będą skuteczniej eliminowane po wdrożeniu w 2021 r. w SPZOZ zintegrowanego systemu informatycznego, który ma umożliwić automatyczną weryfikację prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 1225-1292)

7. SPZOZ nie prowadził rejestru skarg i wniosków, co było niezgodne z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*³⁵ oraz § 4 ust. 2 lit. d Instrukcji Kancelaryjnej³⁶. Zgodnie z tymi przepisami skargi i wnioski przekazywane do organów samorządu terytorialnego i innych organów samorządowych oraz związane z nimi pisma i inne dokumenty rejestruje się i przechowuje w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że skargi rejestrowane były w książce korespondencji przychodzącej i wychodzącej. W trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych, tj. w dniu 30 listopada 2020 r., założona została odrębna ewidencja skarg i wniosków.

(akta kontroli str. 113-115, 117, 189-190, 1323)

8. Spośród 21 (87,5%) pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, dziewięciu nie miało określonych zakresów obowiązków, a pięciu pracowników miało zakresy nieaktualne. Nieprawidłowości te dotyczyły: głównej księgowej, czterech lekarzy, pięciu pielęgniarek, dwóch sekretarek medycznych, rejestratorki medycznej i stanowiska pomocy stomatologicznej. Nieaktualne zakresy były sporządzone przez inny podmiot leczniczy (SPZOZ Wołomin) przed

³⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 256, ze zm.

³⁶ Załącznik nr 1 do zarządzenia wewnętrznego Nr 10/2012 Dyrektora SPZOZ Miejskiej Przychodni Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej oraz Jednolitego Rzecznego Wykazu Akt w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Żąbkach.

utworzeniem, w 2001 r., SPZOZ Ząbki i określały stanowiska pracy, w tym również nadzorujące w SPZOZ Ząbki, które nie były wymienione w strukturze organizacyjnej.

Nieokreślenie lub nieaktualnienie zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników, NIK ocenia jako postępowanie nierzetelne.

W pkt II.A.3 załącznika do komunikatu Ministra Finansów nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych³⁷ wskazano, że struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, iż brak pisemnych zakresów obowiązków pracowników spowodowany był przeoczeniem osoby odpowiedzialnej za sprawy kadrowe. W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych, w dniu 17 grudnia 2020 r., zakresy obowiązków zostały zatwierdzone przez Dyrektora i podpisane przez pracowników.

(akta kontroli str. 743-767, 769-783, 789-824)

Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że za organizację wewnętrzną odpowiedzialny jest Dyrektor, którego umocowanie podmiotowe i przedmiotowe określone zostało w statucie SPZOZ. Zakres obowiązków ma dla pracownika charakter porządkowy oraz wiążący, jak również jest podstawowym środkiem dowodowym w przypadku sporów pracodawcy i pracownika.

9. W SPZOZ obowiązywał cennik świadczeń zdrowotnych³⁸, w którym określono opłatę 40 zł za wydanie zaświadczeń lekarskich, ale nie sprecyzowano, jakiego rodzaju zaświadczenia wydawane są odpłatnie pacjentom, co było działaniem nierzetelnym. Podana w ten sposób ogólna informacja mogła wprowadzać zarówno pacjentów, jak i pracowników w błąd, bowiem część zaświadczeń wydawanych jest bezpłatnie, co oznacza, że są finansowane ze środków publicznych. Pacjentowi, na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁹, przysługuje prawo do uzyskania zaświadczenia lekarskiego, ale również w art. 16 tej ustawy wskazane zostały świadczenia wyłączone z finansowania ze środków publicznych, w tym m.in. rodzaje zaświadczeń lekarskich.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że w latach 2019-2020 nie były wydawane odpłatne zaświadczenia lekarskie na wniosek pacjenta, ale w tym zakresie obowiązuje cennik i opłata wynosi 40 zł.

(akta kontroli str. 950, 1426-1430)

NIK nie podziela stanowiska Dyrektora, gdyż cennik nie był w tym zakresie transparentny, co oznacza, że pacjenci nie mieli informacji, jakiego rodzaju zaświadczenia lekarskie wydawane są bezpłatnie lub odpłatnie. Stwarza to również potencjalne ryzyko dla pacjentów uiszczania opłat za zaświadczenia, które na mocy powszechnie obowiązujących przepisów powinny być wydawane bezpłatnie.

³⁷ Dz. Urz. MF Nr 15 poz. 84.

³⁸ Załącznik Nr 1 do regulaminu organizacyjnego.

³⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Organizacja pracy zapewniła dostępność do świadczeń, które realizowane były zarówno w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jaki i w formie teleporady. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarze przeznaczali średnio 80% czasu trwania porady, a 20% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał wykształcenie i kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki i położna zatrudnione w poradni chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położniczej nie miały jednak kwalifikacji uprawniających je do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, wskutek czego takich świadczeń nie udzielały. Personel medyczny (w szczególności pielęgniarki), oprócz zadań o charakterze medycznym, wykonywał również czynności administracyjne, przy wsparciu rejestratorek, sekretarek medycznych i pracowników administracji. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. nieokreślenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporady, braku lub nieaktualnych pisemnych zakresów obowiązków i niedostępności informacji świadczeniobiorcom. Zbadana dokumentacja medyczna, w formie papierowej, prowadzona była nierzetelnie

Obszar

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. Wyposażenie SPZOZ w narzędzia informatyczne

SPZOZ nie miał zintegrowanego systemu informatycznego obsługującego część medyczną i administracyjną.

Zakład dysponował łącznie siedmioma niezależnymi od siebie systemami informatycznymi, w tym systemem KS-PPS⁴⁰ przeznaczonym do obsługi części medycznej oraz sześcioma systemami do obsługi części administracyjnej (finansowo-księgowy; kadrowo-płacowy; kasowy; rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (dalej ZUS); środków trwałych i wyposażenia – dwa systemy)⁴¹.

System KS-PPS został zakupiony i wdrożony w 2007 r. Składał się z 22 modułów, w tym 11 było użytkowanych, przede wszystkim w zakresie rozliczeń z MOW NFZ. Nie wykorzystywano 11 innych modułów, w tym pięciu dotyczących komunikacji z Ministerstwem Zdrowia, Centralą NFZ i innymi urzędami, oraz pozostałych sześciu: „Praca zdalna”, „Instrukcje użytkownika”, „Realizator zaopatrzenia”, „Bezpieczeństwo danych osobowych”, „Serwis świadczeniodawcy”, „Moduł wizyt”.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że zakup tego systemu obejmował pakiet wszystkich modułów bez możliwości wyboru tylko tych, które będą stosowane w Zakładzie. W 2007 r. nie było odpowiedniej ilości sprzętu komputerowego, żeby wdrażać wszystkie funkcjonalności systemu. Wykorzystywane były tylko te niezbędne w pracy SPZOZ, w tym wymagane w ramach współpracy i rozliczeń z NFZ. Wyjaśnił również, że w 2019 r., po zapewnieniu współfinansowania ze środków europejskich, rozpoczęły się prace w celu kompleksowej informatyzacji Przychodni.

W wyniku oględzin 10 pomieszczeń, w których udzielano świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że wszystkie pomieszczenia były wyposażone w sprawne komputery, w których zainstalowano oprogramowanie umożliwiające bieżącą pracę. W siedmiu pomieszczeniach na wyposażeniu były drukarki.

⁴⁰ „KS-PPS” z dwoma instancjami baz danych „POZ” i „Specjalistyki”, dalej „System KS-PPS”.

⁴¹ „Finansowo-księgowy PG-FK”; „Kadrowo-Płacowy FIN-KIP”; „System obsługi FIN-Kasa”; „Płatnik” oraz dwa systemy informatyczne do ewidencji środków trwałych: „Środki Trwałe i Wyposażenie”; i „Środki Trwałe FIN-ST”.

(akta kontroli str. 4, 669-672, 1307-1313, 1336-1340, 1346-1348, 1351-1365, 1436-1444, 1826-1873)

Do ewidencji środków trwałych przeznaczone były dwa systemy informatyczne, w tym „Środki Trwałe i Wyposażenie”, który został zakupiony i użytkowany od 2013 r. oraz „System Środki Trwałe FIN-ST”, zakupiony w 2015 r., który miał zastąpić poprzednio użytkowany system. Nie został on jednak wdrożony produkcyjnie do 12 października 2020 r. (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Główna księgowa samodzielnie prowadziła księgowość, wykorzystując trzy systemy informatyczne w części administracyjnej w zakresie finansowo-księgowym, kadrowo-płacowym i rozliczeń z ZUS-em. W tym zakresie sprawowała również nadzór. Do obsługi tych systemów nie byli wyznaczeni, uprawnieni i przeszkoleni inni pracownicy. W trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych jeden z pracowników odbywał szkolenie w zakresie obsługi systemu finansowo-księgowego.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że praca zorganizowana w ten sposób stwarza ryzyko nieterminowego wykonania zadań w obszarze finansowo-księgowym, w przypadku nieobecności głównej księgowej.

(akta kontroli str. 4, 1309, 1314-1316, 1334, 1447-1497)

Obsługę informatyczną, w latach 2019-2020, zapewniał podmiot prowadzący działalność gospodarczą, z którym zawarta została umowa w dniu 2 stycznia 2019 r. Przedmiotem umowy było m.in. instalowanie, konfigurowanie, naprawa i aktualizacja oprogramowania; administrowanie siecią komputerową i serwerem; rzetelne doradztwo dotyczące rozbudowy sprzętu komputerowego; udzielanie porad dotyczących obsługi komputerów. Umowa nie zabezpieczała w należyty sposób interesów SPZOZ, a sposób jej realizacji był odmienny od części postanowień (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1316-1325, 1498-1564, 1727-1728, 1788-1789)

2.2. Koszty zakupu i eksploatacji systemu informatycznego wspierającego proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych i sporządzania sprawozdawczości

W latach 2019-2020 (do 30 czerwca) SPZOZ poniósł koszty ze środków własnych, z tytułu:

- zakupu sprzętu komputerowego, oprogramowania i licencji w kwocie 23,6 tys. zł,
- eksploatacji systemów informatycznych w kwocie 18,9 tys. zł,
- rozbudowy systemu KS-PPS o dodatkowe moduły do rozliczeń z NFZ w kwocie 2,5 tys. zł.

Na podstawie doboru celowego⁴² badaniem objęto wykorzystanie, zakupionego w latach 2019-2020, sprzętu komputerowego i oprogramowania oraz zasadność rozbudowy w tym okresie systemu informatycznego KS-PPS, na co łącznie poniesiono koszty w wysokości 20,9 tys. zł. Zakupiony sprzęt komputerowy i oprogramowanie były użytkowane.

(akta kontroli str. 1334, 1369-1423)

W 2020 r. na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁴³ przeprowadzono postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego

⁴² Próba kosztów poniesionych na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania o najwyższej wartości na łączną kwotę 19,3 tys. zł, tj. 81,7% kosztów z tego tytułu. Próba obejmowała również koszty poniesione na rozbudowę systemu informatycznego KS-PPS o moduł elektronicznej dokumentacji medycznej o najwyższej wartości, tj. 1,6 tys. zł, co stanowiło 62,6% poniesionych kosztów na ten cel.

⁴³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

dotyczące informatyzacji w SPZOZ. W wyniku zakończonego postępowania, w dniu 23 listopada 2020 r., została zawarta umowa pomiędzy SPZOZ a podmiotem zewnętrznym na informatyzację, której celem jest poprawa jakości i efektywności obsługi pacjentów wraz z transportem, dostawą i instalacją infrastruktury sprzętowej. Przedmiot umowy obejmował w szczególności wdrożenie ośmiu e-usług⁴⁴, integrację części medycznej „białej” z częścią administracyjno-zarządczą „szarą”, a także integrację z zewnętrznym laboratorium medycznym oraz gabinetami pielęgniarek szkolnych. Termin realizacji umowy o wartości 541,2 tys. zł został określony do dnia 28 lutego 2021 r. Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

(akta kontroli str. 980-1224, 1335, 1714, 1774-1787, 1878-1974)

2.3. Warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

System KS-PPS zapewniał integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione. Procedury w tym zakresie zostały określone w Polityce Bezpieczeństwa i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym. Gwarantował stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych. Użytkownik systemu jednoznacznie był identyfikowany poprzez nadany mu indywidualny identyfikator. Uprawnienia dostępu użytkowników systemu były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska.

System KS-PPS zapewniał identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu, ale nie prezentował pełnej historii zmian dokumentów (widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja) wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej. Pozwalał na prowadzenie i udostępnianie dokumentacji w standardzie HL7 CDA⁴⁵, co umożliwiało odtworzenie danych w innym systemie informatycznym.

System zapewniał podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i Platformy Usług Elektronicznych (dalej PUE). Lekarze w Zakładzie wykorzystywali podpis PUE-ZUS. W Zakładzie wykorzystywane były dwa podpisy kwalifikowane przez pracowników administracji. System KS-PPS zapewniał informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji. Zakład prowadził jednak dokumentację medyczną tylko w formie papierowej (w formie elektronicznej wprowadzane były dane potrzebne do rozliczeń z NFZ MOW) i nie miał wykupionych wszystkich licencji do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej. W efekcie system ten:

- nie prezentował pełnej historii zmian dokumentów (widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja) wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej;
- brak było dostępu do pełnego logowania zmian dokumentacji medycznej bezpośrednio w bazie danych, gdyż podmiot nie uzyskał takiego dostępu;
- nie było możliwości dokonywania zapisu i dystrybuowania wyników badań w zakresie diagnostyki obrazowej w innych standardach, np. HL7 lub DICOM.

⁴⁴ e-Rejestracja; e-Wizyta Domowa; e-Recepta; e-Pielęgniarka Szkolna; e-Powiadomienia; e-Potwierdzenia; e-Kolejka; e-Skierowanie.

⁴⁵ Standard wykorzystujący szyfrowaną komunikację XML jako formę zapisu struktury i semantyki dokumentów klinicznych w celu ich wymiany.

SPZOZ odstąpił od rozwoju funkcjonalności użytkowanego systemu KS-PPS, ponieważ rozpoczęły się prace wykonawcze związane kompleksową informatyzacją.
(akta kontroli str. 1351-1360)

Zakład nie opracował procedur dotyczących postępowania w przypadku wystąpienia awarii systemów informatycznych oraz nie rejestrował tych zdarzeń. Osoba świadcząca usługi administrowania siecią informatyczną wyjaśniła, że w latach 2019-2020 wystąpiły trzy awarie związane z zawieszeniem pracy serwera, które były usunięte do dwóch godzin od zgłoszenia.

W grudniu 2019 r. została w pełni wdrożona interoperacyjność pomiędzy systemem KS-PPS a Systemem P1. Nie była jednak prowadzona okresowa analiza ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji w związku z funkcjonującym w SPZOZ systemem zarządzania bezpieczeństwem informacji (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1299-1302, 1337-1339)

2.4. Wykorzystanie systemu informatycznego w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

System zintegrowany był z Elektroniczną Weryfikacją Upnień Świadczeniobiorców (dalej „eWUŚ”), co pozwalało na potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W latach 2019-2020 (do 30 września) świadczeniobiorcy, stosownie do art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, złożyli w SPZOZ ogółem 371 pisemnych oświadczeń o przysługującym im prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, które były przechowywane w „Rejestracji”. Formularze oświadczeń były zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2015 r. *w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej*⁴⁶. Okres przechowywania tych dokumentów wynosił 10 lat.

W latach 2019-2020 udział świadczeniobiorców, wobec których nie uzyskano potwierdzenia uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w porównaniu do liczby udzielonych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wynosił odpowiednio 0,6% i 0,5%.

System KS-PPS zapewniał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 (wykaz procedur medycznych) i ICD-10 (klasyfikacja chorób), które były aktualizowane wraz z aktualizacją oprogramowania oraz do baz danych dotyczących produktów leczniczych (aktualizowanych manualnie do ok. dwóch godzin). Pacjenci nie mieli możliwości zarejestrowania wizyt w postaci elektronicznej.

System nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, gdyż nie był zintegrowany z żadnym systemem do obsługi pracowni diagnostycznych. Nie był także wykorzystywany do wystawiania e-zwolnień, które wystawiane były przez portal gabinet.gov.pl.

System nie zapewniał przekazywania danych pomiędzy siedzibą główną, a gabinetami szkolnymi prowadzonymi w dwóch szkołach na terenie Ząbek.

(akta kontroli str. 1296-1302, 1312)

2.5. Integracja systemu informatycznego SPZOZ z Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (System P1)

W dniu 23 września 2019 r. Zakład zgłosił, za pośrednictwem Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, gotowość podłączenia systemu KS-PPS

⁴⁶ Dz. U. poz. 438.

do Systemu P1. Dostęp do Systemu P1 został nadany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (obecnie Centrum e-Zdrowia) w tym samym dniu, tj. w ustawowym terminie (do 31 grudnia 2019 r.), stosownie do art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁷. Od 23 września 2019 r. Zakład był uprawniony do wystawiania recept elektronicznych.

W 2019 r. recepty wystawiane były tylko w postaci papierowej, w łącznej liczbie 40,4 tys⁴⁸. W 2020 r. (do 30 września) wystawiono ogółem 38,3 tys. recept, w tym 4,2 tys. (11,0%) recept w postaci papierowej oraz 34,1 tys. (89,0%) w postaci elektronicznej, za pośrednictwem systemu KS-PPS lub aplikacji Gabinet.gov.pl (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

SPZOZ rozpoczął wystawianie e-skierowań od listopada 2020 r. za pośrednictwem systemu KS-PPS lub aplikacji Gabinet.gov.pl.

(akta kontroli str. 4, 1307-1312, 1326-1333, 1335, 1340, 1439-1441, 1443-1444)

2.6. Czas pracy lekarzy przeznaczony na sporządzanie dokumentów

W SPZOZ lekarze udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie upoważnili osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń (tzw. asystentów medycznych) do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień, e-recept, pomimo istnienia takiej możliwości na podstawie art. 41a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴⁹ oraz art. 54a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa⁵⁰.

(akta kontroli str. 1432-1434)

Badanie czasu wypełnienia przez lekarzy⁵¹ trzynastu najczęściej wypisywanych formularzy⁵² wykazało, że średni czas ich wypełnienia wyniósł 2 min i 27 sek. Najkrócej trwało wypełnienie skierowania na badania laboratoryjne – średni czas wyniósł 1 min 15 sek., a najdłużej wypisanie skierowania do sanatorium – średni czas wyniósł 6 min i 55 sek.

Czas wypełnienia pozostałych, najczęściej wypisywanych w SPZOZ formularzy, przedstawiał się następująco, zaczynając od najkrótszego średniego czasu:

e-recepta (powtórzenie leku) – średni czas wyniósł 1 min 38 sek., e-recepta – wypisanie nowego leku, średni czas wyniósł 1 min i 44 sek., zaświadczenie lekarskie, średni czas wyniósł 1 min i 44 sek., skierowanie na badania diagnostyczne obrazowe, średni czas wyniósł 2 min i 4 sek., zwolnienie lekarskie, średni czas wyniósł 2 min i 8 sek.

(akta kontroli str. 870-884)

⁴⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 702, ze zm., dalej ustawa o systemie informacji.

⁴⁸ Szacunkowe dane z 2019 r. i 2020 r. recept papierowych na podstawie liczby zakupionych bloczków recept, które zostały wydane lekarzom.

⁴⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.

⁵⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 870, ze zm.

⁵¹ Badanie przeprowadzono w dniach 24 listopada-2 grudnia 2020 r., przy udziale siedmiu lekarzy, którzy wypełniali 13 najczęściej wypisywanych formularzy, w wersji papierowej (41 formularzy) lub elektronicznej (24 formularze), poprzez: system KS-PPS, aplikację gabinet.gov.pl, portal ZUS PUE (zwolnienie lekarskie). Czas wypełnienia poszczególnych dokumentów w wersji elektronicznej mierzony był od rozpoczęcia wypełniania dokumentu przez lekarza do momentu, gdy system wymagał jego zatwierdzenia. Czas mierzony był przy wykorzystaniu stopera.

⁵² Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne (e-zlecenie), recepta (e-recepty) – powtórzenie leku, recepta (e-recepty) – wypisanie nowego leku, Karta DiLO, zwolnienie lekarskie, skierowanie do poradni specjalistycznej, skierowanie na badania laboratoryjne, skierowanie na badania diagnostyczne obrazowe, skierowanie do sanatorium, zaświadczenie lekarskie, skierowanie do szpitala, informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego, zlecenie na transport sanitarny.

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

1. Mimo zakupu przez SPZOZ w 2015 r. systemu informatycznego „System Środki Trwałe FIN-ST” i wydatkowania w latach 2015-2020 kwoty 6546,67 zł na jego przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie, system ten nie został uruchomiony produkcyjnie do dnia 12 października 2020 r. System nie był wykorzystywany m.in. do ewidencji środków trwałych, przeprowadzania inwentaryzacji oraz dokonywania odpisu umorzeniowego od wartości początkowej poszczególnych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, zaś okres 24-miesięcznej gwarancji jakości upłynął w grudniu 2017 r. W ocenie NIK było to działanie niegospodarne.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że majątek trwały był ewidencjonowany równolegle w programie „Środki Trwałe i Wyposażenie”, a ze względu na długotrwałą nieobecność pracownika „wdrożenie programu rozłożyło się znacznie w czasie”. Dopiero w trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych, w dniu 3 grudnia 2020 r., „System Środki Trwałe FIN-ST” został w pełni uruchomiony produkcyjnie.
(akta kontroli str. 4, 1309, 1334, 1447-1497, 1716-1726)

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli długotrwała absencja pracownika nie jest przesłanką uchylającą SPZOZ od obowiązku przestrzegania zasad gospodarnego dokonywania wydatków ze środków publicznych, a w szczególności w sposób oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z poniesionych nakładów (art. 44 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy o finansach publicznych⁵³).

2. Umowa na wykonywanie czynności związanych ze sprawowaniem nadzoru i administrowaniem siecią informatyczną była realizowana przez SPZOZ z naruszeniem jej postanowień i w sposób niegospodarny:
 - dokonano zwiększenia wynagrodzenia zleceniobiorcy o 70 zł brutto za każdą dodatkowo przepracowaną godzinę w 2020 r., bez udokumentowania przeprowadzenia rozpoznania cen;
 - nie został określony czas pracy na realizację zadań określonych w umowie, a mimo to w dniu 2 stycznia 2019 r., na mocy aneksu do umowy, strony zgodnie postanowiły, że za każdą dodatkową przepracowaną godzinę w 2020 r. wypłacona będzie kwota 70 zł brutto;
 - w 2019 r. SPZOZ dokonał płatności w 2019 r. na rzecz zleceniobiorcy ogółem kwoty niższej o 2706 zł, niż określonej w § 6 ust. 1 umowy, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, ponieważ wydatki powinny być ponoszone w wysokości wynikającej z wcześniej zaciągniętych zobowiązań;
 - w 2020 r. nie sprawowano nadzoru dotyczącego wykonania i zatwierdzenia prac dodatkowych wymienionych przez zleceniobiorcę w raporcie, który był załącznikiem do faktury i uzasadniał wypłatę zleceniobiorcy wynagrodzenia za każdą dodatkową przepracowaną godzinę. Łącznie od stycznia do października 2020 r. zleceniobiorcy wypłacono kwotę 28 630 zł z tytułu dodatkowych zadań wykonanych w trakcie 409 godzin.
(akta kontroli str. 1316-1325, 1339-1341, 1498-1564, 1788-1789)

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że w umowie i aneksie do niej wystąpiły omyłki pisarskie, tzn. w umowie powinna być wpisana kwota wynagrodzenia 2214 zł, a nie 2460 zł, a ponadto aneks powinien być zawarty i obowiązywać od 1 grudnia 2019 r., a nie od 2 stycznia 2019 r. Ponadto Dyrektor SPZOZ wyjaśnił,

⁵³ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, dalej ustawa o finansach publicznych.

że dodatkowy czas pracy osoby wykonującej obsługę informatyczną nie był weryfikowany, ale był informowany przez pracowników o wykonaniu zadań.

(akta kontroli str. 1323-1324, 1340-1341)

W ocenie NIK postanowienia umowy i aneksu do niej nie zabezpieczały odpowiednio interesów SPZOZ. Przyjęty sposób nadzoru nad realizacją umowy uniemożliwiał skuteczne określenie zakresu faktycznie wykonanych prac. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że zgodnie z Instrukcją obiegu, kontroli i archiwizowania dokumentów księgowych⁵⁴, Dyrektor SPZOZ i główna księgowa mieli obowiązek prowadzenia kontroli dokumentów księgowych pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

(akta kontroli str. 699-739)

3. W 2020 r. (do 30 września) 4,2 tys. (11,0%) recept wystawionych zostało w postaci papierowej, co było niezgodne z art. 56 ust. 2 ustawy o systemie informacji, który stanowi, że recepty mogły być wystawiane do 7 stycznia 2020 r.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że dokumenty w tej formie były wystawiane po upływie ustawowego terminu, ponieważ część personelu medycznego miała trudności w korzystaniu z narzędzi informatycznych.

(akta kontroli str. 1308, 1335, 1442)

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, usprawiedliwienie Dyrektora SPZOZ problemami niektórych lekarzy w obsłudze sprzętu informatycznego nie może stanowić okoliczności pozwalających na nieprzestrzeganie od 8 stycznia 2020 r. obowiązku wystawiania recept tylko w postaci elektronicznej. Dyrektor SPZOZ powinien stworzyć odpowiednie warunki organizacyjne w celu przestrzegania w tym zakresie obowiązujących przepisów.

4. W latach 2019-2020 (do 30 listopada) nie była prowadzona okresowa analiza ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji. Obowiązek prowadzenia jej został określony w § 20 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie *Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych*⁵⁵.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że nie przeprowadzano okresowej analizy ryzyka ze względu na inne zadania związane z informatyzacją, w tym dotyczące przygotowania do projektu zintegrowanego systemu informatycznego oraz z powodu sytuacji epidemicznej i absencji pracowników SPZOZ.

(akta kontroli str. 1339)

Przyczyny nieprzeprowadzenia analizy, na które powołał się Dyrektor, nie mogą usprawiedliwiać nieprzestrzegania przepisów wydanych przez Radę Ministrów. Zagrożenie utraty integralności, dostępności lub poufności informacji, przy ciągle rozwijającej się technologii i nowych zagrożeniach bezpieczeństwa danych może być istotnym problemem.

Ocena cząstkowa

SPZOZ został wyposażony w niezbędne narzędzia informatyczne, jednak sposób wykorzystywania (od 2007 r.) systemu informatycznego nie zapewnił pełnego wsparcia personelowi medycznemu udzielającemu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Nie zapewniono bowiem dostępności tego systemu w dwóch prowadzonych gabinetach szkolnych, system nie był również zasilany bezpośrednio

⁵⁴ Zarządzenie Nr 1/2014 Dyrektora SPZOZ z dnia 3 stycznia 2014 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji obiegu, kontroli i archiwizowania dokumentów księgowych w SPZOZ MPZ w Żąbkach.

⁵⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Pomimo trudności w korzystaniu z narzędzi informatycznych przez część personelu medycznego, nie skorzystano możliwości odciążenia pracy lekarzy poprzez nadawanie uprawnień asystentom medycznym do wypisywania w ich imieniu e-recept i e-zwolnień. Niegospodarnym działaniem było niewdrożenie zakupionego w 2015 r. systemu informatycznego przeznaczonego do ewidencji środków trwałych i wyposażenia. Nieskutecznie sprawowano również nadzór nad realizacją umowy dotyczącej obsługi informatycznej.

IV. Uwagi i Wnioski

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

Uwaga Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na obowiązek przestrzegania zasad dokonywania wydatków dotyczących utrzymywania systemów informatycznych, w sposób oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z poniesionych nakładów oraz ponoszenie wydatków w wysokości zaciągniętych wcześniej zobowiązań.

- Wnioski
1. Podjęcie działań w celu przeszkolenia personelu medycznego (lekarzy) mających trudności w obsłudze narzędzi informatycznych w zakresie wystawiania recept w postaci elektronicznej w systemie e-recepta i zobowiązanie do wystawiania ich w takiej formie.
 2. Podjęcie działań w celu przeszkolenia personelu medycznego w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów.
 3. Podjęcie działań w celu zabezpieczenia interesów SPZOZ w umowie dotyczącej obsługi informatycznej i sprawowanie rzetelnego nadzoru nad jej realizacją.
 4. Przeprowadzanie okresowej analizy ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji i podejmowanie działań minimalizujących stwierdzone ryzyko.
 5. Określenie rodzajów zaświadczeń lekarskich w cenniku dla świadczeniobiorców, wystawianych odpłatnie.
 6. Określenie, w regulaminie organizacyjnym SPZOZ, przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, tj. w formie teleporad oraz miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie.
 7. Zaktualizowanie regulaminu organizacyjnego w tej samej formie prawnej, w jakiej został wprowadzony.
 8. Utworzenie Biuletynu Informacji Publicznej i publikowanie w nim wszystkich wymaganych informacji.

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi 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.

Warszawa, dnia 14 stycznia 2021 r.

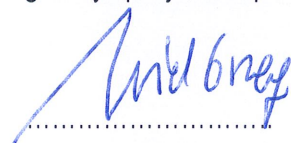
Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis

Kontroler:

Grzegorz Wieczorek
główny specjalista kp.


.....
podpis

