



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.029.02.2020

Pani
Aleksandra Mura
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Sławkowie
ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 3,
41-260 Sławków

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 3, 41-260 Sławków ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Aleksandra Mura, Dyrektor SPZOZ w Sławkowie ² , od 6 czerwca 2016 r.
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 dnia zakończenia kontroli (23 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Michał Kapek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/291/2020 z 19 października 2020 r. 2. Michał Nowak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/283/2020 z 12 października 2020 r. (akta kontroli str.1-4)

¹ Dalej: SPZOZ, Ośrodek lub Przychodnia.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2020 poz. 1200. Dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Regulaminie organizacyjnym oraz innych wewnętrznych procedurach obowiązujących w SPZOZ określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. W okresie pandemii COVID-19 w SPZOZ podejmowano działania mające na celu ograniczenie jej negatywnych skutków, w szczególności poprzez uzupełnienie normalnego trybu pracy o udzielanie świadczeń w formie teleporad. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki i położna zatrudnione w poradniach chirurgicznej 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 i pracowników administracji. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 73,1% czasu trwania porady, a 26,9% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne, korzystając z możliwości upoważnienia osób wykonujących zawód medyczny i innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w imieniu lekarzy e-skierowań, e-zwolnień i e-recept.

SPZOZ został wyposażony w niezbędne narzędzia informatyczne wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Użytkowany system informatyczny nie stanowił jednak w pełni sprawnego narzędzia wspierającego pracę personelu medycznego. Nie zapewniono bowiem dostępności tego systemu w jednym z prowadzonych gabinetów higieny szkolnej, system nie był również zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej. W SPZOZ zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji w zakresie świadczeń stomatologicznych i rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej, którą prowadzono w formie papierowej, co było związane z brakiem mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica. Terminowo podłączono system informatyczny SPZOZ do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, co umożliwiło wystawianie e-recept oraz e-skierowań.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na tym, że:

- Regulamin organizacyjny SPZOZ nie przedstawiał rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego poradni znajdujących się w jego strukturze – w regulaminie ujęto cztery poradnie, w których nie udzielano świadczeń zdrowotnych, a prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad);
- pomimo wykonywania przez dwie pielęgniarki zadań sprawozdawczych, nie uwzględniono tych zadań w pisemnych zakresach ich obowiązków.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR	Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Opis stanu faktycznego	1.1. W okresie objętym kontrolą SPZOZ udzielał świadczeń zdrowotnych w rodzajach⁶: – podstawowa opieka zdrowotna⁷, w zakresach: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej; – ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁸, w zakresach: chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, okulistyki, otolaryngologii; – rehabilitacja lecznicza; – stomatologia. Ponadto, SPZOZ świadczył usługi medycyny pracy oraz wykonywał badania diagnostyczne, w tym w pracowniach USG i EKG. Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹ Regulamin organizacyjny SPZOZ¹⁰ określał szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym także przekazywania pacjentom informacji o tym procesie¹¹. Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3-5 ustawy o działalności leczniczej, w Regulaminie organizacyjnym określono strukturę organizacyjną Przychodni, rodzaj prowadzonej działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsca ich udzielania. SPZOZ udzielał świadczeń zdrowotnych w siedzibie Przychodni w Sławkowie przy ul. PCK 3, w dwóch gabinetach higieny szkolnej oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta, w szczególnie uzasadnionych medycznie przypadkach (§ 5 Regulaminu organizacyjnego). Regulamin organizacyjny SPZOZ nie przedstawiał jednak rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego poradni znajdujących się w jego strukturze, a prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględnił porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad), co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji <i>Stwierdzone nieprawidłowości</i>.

(akta kontroli tom I str. 5-52)

Godziny pracy Przychodni, udzielania porad, wizyt domowych, wykonywania zabiegów diagnostyczno-leczniczych, pobierania materiału do badań laboratoryjnych, przeprowadzania szczepień i konsultacji, zamieszczone były

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.

⁶ Według danych zawartych na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Agreements/GetAgreements?Year=2020&Code=120%2F108113&Branch=12&City=S%C5%82awk%C3%B3w>

⁷ Dalej: POZ.

⁸ Dalej: AOS.

⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁰ Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 7/2017 z dnia 19 października 2017 r.

¹¹ Regulamin zawierał szczegółowe zapisy m.in. w zakresie: celów i zadań SP ZOZ, w tym obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która tego potrzebuje, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (§ 7 pkt 3); dostępności do świadczeń POZ w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach 8⁰⁰-18⁰⁰ (§ 15); przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. miejsca, terminy i kolejność udzielania świadczeń, obowiązek kierowania wymagających tego pacjentów na konsultacje specjalistyczne i/lub do szpitala (§ 17), wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej (§ 21 – § 24); wysokości opłat oraz organizacji procesu udzielania świadczeń odpłatnych (§ 25 – § 30), rozpatrywania skarg pacjentów (§ 32).

zarówno na tablicy ogłoszeń jak i na stronie internetowej Ośrodka. Regulamin organizacyjny nie określał sposobów podawania do publicznej wiadomości ww. informacji.

(akta kontroli tom I str. 58-70)

Zasady rejestracji pacjentów regulowały procedury wprowadzone decyzjami Dyrektora:

- z dnia 30 maja 2016 r.¹², gdzie określone zostały niektóre obowiązki pracowników dokonujących rejestracji, w tym sprawdzenie tożsamości pacjenta oraz statusu jego ubezpieczenia, a także weryfikacja aktywności i dostępności wybranego przez pacjenta lekarza;
- z dnia 11 grudnia 2018 r.¹³, zatwierdzająca Regulamin korzystania z e-rejestracji do poradni stomatologicznej, poradni specjalistycznych oraz rehabilitacji;
- z dnia 27 listopada 2019 r.¹⁴, gdzie określone zostały: schemat oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, instrukcja postępowania z osobą legitymującą się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), instrukcja rejestrowania pacjentów niezadeklarowanych do lekarza, pielęgniarki i położnej POZ;

Odpowiedzialność za funkcjonowanie rejestracji, zgodnie z § 13 pkt 3 Regulaminu organizacyjnego, powierzono przełożonej pielęgniarek.

(akta kontroli tom I str. 71-86)

W żadnym z ww. dokumentów nie określono standardów przyjętych przez Przychodnię w zakresie średnich czasów przyjmowania pacjentów, nie opracowano również obowiązującego wzoru terminarza wizyt uwzględniającego podział pacjentów na planowych, pilnych oraz nagłych.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśniła: „(...) personel rejestrujący dokonuje wyboru czasu trwania porady/wizyty. Na porady lekowe/powtórkę recept przeznacza się 5 min, na teleporady przeznacza się 10 min, natomiast na porady obejmujące zbadanie pacjenta w izolatce przeznaczone jest 15 minut. Na wizytę domową w zależności od odległości a także od stanu pacjenta rezerwuje się w terminarzu od 0,5- 1 godz.” Zaznaczyła przy tym, że „Zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku możliwości realizacji porady w danym dniu ustala się z pacjentem termin realizacji porady (najczęściej jest to dzień następny). Przyjęcie pacjenta w stanie nagłym/pilnym w POZ następuje w dniu zgłoszenia. Na realizację przyjęć pacjentów w trybie nagłym/pilnym zabezpieczono w terminarzu w uzgodnieniu z lekarzem czas na realizację takich przyjęć, jest to np. czas pomiędzy teleporadą lub przyjęciami innych pacjentów lub ew. ostatnie pół godziny.”

(akta kontroli tom I str. 53-57)

W związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19, pierwszej teleporady udzielono w dniu 2 marca 2020 r., tj. na 14 dni przed datą publikacji pierwszego ogłoszenia o zmianach w organizacji pracy Przychodni (16 marca 2020 r.). Wcześniej pacjenci informowani byli o takiej możliwości telefonicznie.

W powyższym ogłoszeniu poinformowano pacjentów, że w celu skorzystania z porady lekarza POZ (udzielanej w formie teleporady) należy skontaktować się z Przychodnią telefonicznie lub mailowo (wskazano numer telefonu i adres

¹² Decyzja Nr 15/2016 z dnia 30 maja 2016 r. p. o. dyrektora SP ZOZ Sławków w sprawie wprowadzenia procedury rejestracji pacjenta.

¹³ Decyzja Nr 32/2018 z dnia 11 grudnia 2018 r. Dyrektora SP ZOZ w Sławkowie w sprawie zatwierdzenia Regulaminu korzystania z e-rejestracji.

¹⁴ Decyzja Nr 36/2019 z dnia 27 listopada 2019 r. Dyrektora SP ZOZ w Sławkowie dotycząca instrukcji postępowania w związku błędami podczas rejestracji pacjentów.

mailowy). Ten sposób kontaktu podano również w przypadku potrzeby uzyskania recepty i zlecenia na wyroby medyczne. Ponadto podano warunki wizyty osobistej w Przychodni.

(akta kontroli tom I str. 87-89)

Udzielanie teleporad odbywało się za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej, w pomieszczeniu zapewniającym poufność przekazywanych informacji, bez osób trzecich mogących uzyskać dostęp do przetwarzanych danych. Rozmowy telefoniczne nie były rejestrowane, natomiast stosowne informacje odnotowywano w dokumentacji medycznej pacjenta.

O sposobie uregulowania zasad organizacji udzielania świadczeń w formie teleporad – zgodnym z określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej¹⁵ – pacjenci zostali poinformowani poprzez zamieszczenie tych zasad na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej w dniu 19 sierpnia 2020 r., natomiast zarządzenie Dyrektora dotyczące Regulaminu teleporad udzielanych w SPZOZ w Sławkowie weszło w życie w dniu 26 listopada 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 67-70, 89-94)

Zasady zapewniające bezpieczeństwo danych osobowych przetwarzanych w związku z prowadzoną działalnością zawarte zostały w aktualnej Polityce Bezpieczeństwa Teleinformatycznego oraz w Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych (obydwa dokumenty z maja 2018 r.). Ponadto w załączniku nr 2 do zarządzenia Dyrektora dotyczącego Regulaminu teleporad zawarta została *Klauzula informacyjna w związku z epidemią koronawirusa*, w której zawarto wymogi w zakresie ochrony i przetwarzania danych osobowych.

(akta kontroli tom I str. 94 tom II str. 274-348)

Dyrektor poinformowała, że personel SPZOZ w Sławkowie udzielał teleporad w ramach ustalonym harmonogramem pracy. Zaznaczyła przy tym, że „(...) *Teleporad w zakresie POZ udzielali wszyscy lekarze POZ. Nie było odrębnie wyznaczonych osób czy godzin na przeprowadzanie teleporad. (...) Pacjent ma prawo wyrażenia woli osobistego kontaktu z lekarzem i przeprowadzenia przez niego badania.*”

(akta kontroli tom I str. 53-57)

W sprawie przypadków zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych Dyrektor wyjaśniła, że „Czasowe zawieszenie realizacji świadczeń nastąpiło zgodnie z zaleceniami ŚOW NFZ. W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19, Centrala NFZ komunikatem z dnia 15.03.2020 r. zaleciła ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczyło to m.in. prowadzenia rehabilitacji leczniczej, stomatologii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień. W zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w rodzaju rehabilitacja lecznicza czasowe zawieszenie świadczeń nastąpiło w okresie od dnia 17.03.2020 r. do dnia 22.04.2020 r. W zakresie leczenie stomatologiczne czasowe zawieszenie świadczeń

¹⁵ Dz.U. poz. 1395. Dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ.

nastąpiło w okresie od dnia 23.03.2020 r. do 30.03.2020 r. SPZOZ czasowo zawiesił również realizację szczepień w okresie 15.03.2020-17.04.2020 r. oraz badań usg w okresie 17.03.2020-22.04.2020 r.”

(akta kontroli tom I str. 108-110, 119)

Badanie dokumentacji medycznej dotyczącej 10 świadczeń udzielonych pacjentom w okresie objętym kontrolą (pięć w formie teleporady i pięć w bezpośrednim kontakcie) wykazało, że sposób ich realizacji był zgodny z zasadami określonymi w Regulaminie organizacyjnym, a dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶. Teleporad udzielono zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ oraz przepisami wewnętrznymi Poradni.

(akta kontroli tom I str. 95-107)

W SPZOZ na stanowiskach związanych wyłącznie z rejestracją pacjentów, zatrudnionych było od dwóch do trzech pracowników¹⁷, którzy mieli do dyspozycji trzy niezależne linie telefoniczne (jeden numer stacjonarny i dwa komórkowe). Ponadto, każda poradnia specjalistyczna dysponowała odrębnym numerem telefonu. W latach 2019–2020 Przychodnia posiadała odpowiednio 6 635 i 6 541¹⁸ zarejestrowanych pacjentów, w związku z czym został spełniony warunek dostępności, określony w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹ (maksymalnie 3,0 tys. zadeklarowanych pacjentów przypadających na jedną linię telefoniczną).

(akta kontroli tom I str. 67-70, 124, 139-143, 144)

Dyrektor poinformowała, że lekarze POZ mają do dyspozycji dodatkowe aparaty telefoniczne za pomocą których udzielane są świadczenia w formie teleporad. Podkreśliła przy tym, że „(...) Są to dodatkowe numery dedykowane tylko do tych celów.” Wyjaśniła, że teleporady nie były jedyną formą udzielania świadczeń, z uwagi na fakt, że była to jedynie forma rekomendowana do pierwszego kontaktu, w czasie której lekarz decydował czy pacjent powinien być zbadany osobiście. Zaznaczyła przy tym, że „(...) Pacjent ma prawo wyrażenia woli osobistego kontaktu z lekarzem i przeprowadzenia przez niego badania”. Dyrektor poinformowała również, że pacjenci byli na bieżąco informowani zarówno o preferowanym pierwszym kontakcie telefonicznym z lekarzem, jak i o możliwościach uzyskania e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne oraz założenia Internetowego Konta Pacjenta (np. podczas rejestracji).

(akta kontroli tom I str. 67-70, 108-111)

Analiza obecności w pracy sześciu wybranych lekarzy w kwietniu, czerwcu i sierpniu 2020 r. wykazała, że tylko dwóch²⁰ pracowało w tym okresie zgodnie z obowiązującymi harmonogramami. Pozostali czterej lekarze²¹ byli nieobecni

¹⁶ Dz.U. poz. 666, ze zm. (obowiązującego od 15 kwietnia 2020 r.). Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej. Wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 2069).

¹⁷ Według stanu na: 30 czerwca 2019 r. – dwóch, 31 grudnia 2019 r. – trzech, 30 czerwca i 30 września 2020 r. – dwóch.

¹⁸ Według stanu na dzień 31 października 2020 r.

¹⁹ Dz. Urz. MZ Nr 4 poz. 42.

²⁰ Dotyczy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii oraz ginekologii i położnictwa

²¹ Dotyczy trzech lekarzy POZ oraz jednego specjalisty w dziedzinie otolaryngologii

w niektórych dniach²², lub pracowali w innych godzinach niż określone w poszczególnych harmonogramach.

(akta kontroli tom I str. 145-150)

W sprawie przyczyn nieobecności w pracy czterech lekarzy, lub ich pracy w innych godzinach niż określone w poszczególnych harmonogramach Dyrektor wyjaśniła, że wynikało to głównie z konieczności zabezpieczenia przyjęć pacjentów z powodu nieobecności innych lekarzy, a także z uwagi na indywidualne prośby lekarzy podyktowane okolicznościami osobistymi. Odnośnie do zapewnienia dostępności do określonych świadczeń zdrowotnych podczas stwierdzonych w toku kontroli nieobecności, Dyrektor wyjaśniła: „*SP ZOZ zapewnił dostępność określonych świadczeń zdrowotnych w tych terminach. W przypadku gdy któryś z lekarzy POZ był nieobecny, pozostali lekarze POZ realizowali świadczenia medyczne. (...) W przypadku nieobecności lekarzy AOS, pacjenci byli z wyprzedzeniem informowani o planowanej nieobecności lekarzy (informacje umieszczano w placówce oraz na stronie BIP). (...) Pacjentom znajdującym się już pod opieką danego lekarza w poradni specjalistycznej i wymagających kontynuacji leczenia ustalano terminy wizyt kontrolnych w dniach kiedy poradnia była czynna. Okresowe nieobecności lekarzy nie powodowały więc negatywnych skutków.*”

(akta kontroli tom I str. 151-154)

Tryb składania skarg i wniosków uregulowano w § 32 Regulaminu Organizacyjnego, gdzie określono: przedmiot składanych skarg (uchybień SPZOZ o charakterze medycznym i administracyjnym oraz naruszenia praw pacjenta), sposób ich rozpatrywania, a także obowiązki poszczególnych pracowników w procesie rozpatrywania skarg. Ponadto, decyzją z dnia 25 listopada 2016 r.²³ Dyrektor wprowadziła *Procedurę nadzoru nad niezgodnościami*, w której określono m.in. wzór rejestru skarg i uwag zgłaszanych przez pacjentów, NFZ lub inne organy i instytucje.

(akta kontroli tom I str. 42-43, 171-176)

W okresie objętym kontrolą do Ośrodka wpłynęły trzy skargi dotyczące organizacji udzielania świadczeń, z tego dwie w sprawie lekarzy, którzy zdaniem skarżących odmówili wystawienia skierowań na określone badania, a jedna – odmowy udzielenia świadczenia polegającego na zaopatrzeniu pacjenta w poradni chirurgicznej.

Wszystkie skargi uznane zostały za bezzasadne, a skarżący otrzymali pisemne odpowiedzi zawierające stanowisko SPZOZ wraz z uzasadnieniem.

(akta kontroli tom I str. 177, 178-196)

1.2. Według stanu na 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r., 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. w Ośrodku zatrudniono:

- na podstawie umów o pracę odpowiednio 26²⁴, 25²⁵, 28²⁶, 26²⁷ i 26²⁸ osób;

²² Trzej lekarze POZ byli nieobecni łącznie w 35 ze 189 dni określonych w harmonogramach, z czego E. G w 4 z 63, M. I w 18 z 63 i M. O. w 13 z 63. Lekarz AOS (otolaryngolog) był nieobecny w pięciu (w kwietniu) z 38 dni objętych harmonogramem.

²³ Decyzja Nr 41/2016 z dnia 25 listopada 2016 r. w sprawie wprowadzenia procedur nadzoru nad niezgodnościami, nadzoru nad dokumentami i zapisami oraz procedury audytu.

²⁴ Czterech lekarzy, w tym jeden dentysta, 11 pielęgniarek i położnych, cztery osoby z innego personelu medycznego (dwie z wyższym i dwie ze średnim wykształceniem), trzy rejestratorki, dwie osoby w administracji i dwie w obsłudze jednostki.

²⁵ Czterech lekarzy, w tym jeden dentysta, 11 pielęgniarek i położnych, cztery osoby z innego personelu medycznego (dwie z wyższym i dwie ze średnim wykształceniem), dwie rejestratorki, dwie osoby w administracji i dwie w obsłudze jednostki.

²⁶ Pięciu lekarzy, w tym jeden dentysta, 11 pielęgniarek i położnych, cztery osoby z innego personelu medycznego (dwie z wyższym i dwie ze średnim wykształceniem), trzy rejestratorki, dwie osoby w administracji i dwie w obsłudze jednostki.

²⁷ Sześciu lekarzy, w tym jeden dentysta, 11 pielęgniarek i położnych, pięć osób z innego personelu medycznego (trzy z wyższym i dwie ze średnim wykształceniem), dwie rejestratorki, dwie osoby w administracji i dwie w obsłudze jednostki.

²⁸ Czterech lekarzy, w tym jeden dentysta, 11 pielęgniarek i położnych, pięć osób z innego personelu medycznego (trzy z wyższym i dwie ze średnim wykształceniem), dwie rejestratorki, dwie osoby w administracji i dwie w obsłudze jednostki.

- na podstawie umów cywilnoprawnych (umów zlecenia i umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. kontraktów), odpowiednio: 11²⁹, 11³⁰, 13³¹, 15³² i 16³³ osób.

(akta kontroli tom I str. 124-126)

Stan zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych w analizowanym okresie był na stabilnym poziomie. Wyjątek stanowili lekarze, których liczba kształtowała się od 10 na koniec 2018 r. do nawet 14 na dzień 30 czerwca 2020 r.

(akta kontroli str. 144)

Dyrektor wyjaśniła: *„Zmiany w liczbie lekarzy zatrudnionych wynikały z naturalnej rotacji personelu medycznego. Czasowe zwiększenie zatrudnienia miało za zadanie kontynuację i zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych.”*

(akta kontroli tom I str. 197-198)

W okresie objętym kontrolą zorganizowano 17 konkursów³⁴, w celu zatrudnienia czterech pielęgniarek, czterech lekarzy POZ, czterech rejestratorek, trzech lekarzy specjalistów, dwóch dentystów oraz jednego fizjoterapeuty. Cel ten zrealizowano, z wyjątkiem zatrudnienia czterech rejestratorek (zatrudniono trzy). Było to związane z unieważnieniem jednego z konkursów (decyzja Dyrektora nr 41/2019 z dnia 10 grudnia 2019 r.) na skutek nagłego wypowiedzenia umowy o pracę jednej z pielęgniarek podjęto decyzję o zatrudnieniu pielęgniarki, której (oprócz czynności medycznych) przypisane zostały również obowiązki rejestratorki. Z kolei w przypadku lekarzy POZ zatrudniono sześć osób. Jako przyczyny zatrudnienia większej liczby lekarzy Dyrektor wskazała konieczność zabezpieczenia obsady potencjalnego wakatu (jeden z lekarzy uprzedził o możliwości wypowiedzenia stosunku pracy) oraz potrzebę podjęcia działań zapewniających odpowiednią kadrę medyczną (głównie z uwagi na deficyt lekarzy na rynku pracy), w związku z sytuacją epidemiczną w kraju.

(akta kontroli tom I str. 151-152, 156-157, 199-202)

Informując o zmianach w organizacji udzielania świadczeń, Dyrektor wyjaśniła, że polegały one głównie na wprowadzeniu teleporad, które realizowano *„(...) w zakresach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. (...) również w poradni ginekologicznej, chirurgicznej, laryngologicznej i rehabilitacji. W celu zapewnienia możliwości realizacji teleporad SPZOZ rozszerzył dotychczasową bazę telefoniczną o 7 dodatkowych numerów telefonicznych. Od kwietnia 2020 r. lekarze POZ dysponują aparatami telefonicznymi umożliwiającymi realizację teleporad jak również każda z poradni posiada dedykowany numer. Od miesiąca lutego 2020 r. dodatkowo zatrudnione zostały 2 osoby tj. rejestratorka medyczna i pielęgniarka.”*

Dyrektor poinformowała, że z wyjątkiem przejściowych trudności spowodowanych pandemią koronawirusa (zwolnienia lekarskie, kwarantanny), w żadnej z komórek organizacyjnych Ośrodka nie wystąpił niedobór kadry medycznej.

(akta kontroli tom I str. 108-109, 118, 120)

²⁹ Ośmiu lekarzy, w tym jeden dentysta, jedna pielęgniarka (wszyscy na podstawie kontraktów), oraz jeden informatyk (na podstawie umowy zlecenia).

³⁰ Dziewięciu lekarzy, w tym jeden dentysta, jedna pielęgniarka (wszyscy na podstawie kontraktów), oraz jeden informatyk (na podstawie umowy zlecenia).

³¹ Dziewięciu lekarzy, w tym jeden dentysta, jedna pielęgniarka (wszyscy na podstawie kontraktów), oraz jeden informatyk (na podstawie umowy zlecenia).

³² Dziesięciu, w tym jeden dentysta, jedna pielęgniarka (wszyscy na podstawie kontraktów), oraz jeden informatyk (na podstawie umowy zlecenia).

³³ Dziesięciu lekarzy, w tym jeden dentysta, jedna pielęgniarka (wszyscy na podstawie kontraktów), jedna położna (na zastępstwo, na podstawie umowy zlecenia) oraz jeden informatyk (na podstawie umowy zlecenia).

³⁴ Z czego w I półroczu 2019 r. – jeden, w II półroczu 2019 r. – siedem, w I półroczu 2020 r. – osiem i w III kwartale 2020 r. – jeden.

1.3. W I półroczu 2019 r., II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. koszty z tytułu wynagrodzeń brutto i usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów wyniosły odpowiednio:

- 680,1 tys. zł, 835,3 tys. zł i 783,5 tys. zł – łącznie 2 298,9 tys. zł³⁵ w ramach kosztów wynagrodzeń osobowych poniesionych na podstawie umów o pracę;
- 27,7 tys. zł, 33,9 tys. zł i 34,8 tys. zł – łącznie 96,4 tys. zł³⁶ w ramach kosztów wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie umów zlecenia;
- 270,0 tys. zł, 225,9 tys. zł i 305,0 tys. zł – łącznie 800,9 tys. zł³⁷ w ramach kosztów usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów.

W I półroczu 2019 r., II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. średnie miesięczne koszty z tytułu wynagrodzeń brutto i usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów, w przeliczeniu na osobę, wyniosły odpowiednio:

- 4,5 tys. zł³⁸, 5,2 tys. zł³⁹ i 4,7 tys. zł⁴⁰ w ramach kosztów wynagrodzeń osobowych poniesionych na podstawie umów o pracę;
- 2,3 tys. zł⁴¹, 2,8 tys. zł⁴² i 2,9 tys. zł⁴³ w ramach kosztów wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie umów zlecenia;
- 4,5 tys. zł⁴⁴, 3,8 tys. zł⁴⁵ i 5,1 tys. zł⁴⁶ w ramach kosztów usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów.

(akta kontroli tom I str. 131-133)

W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, istotny wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia brutto (w porównaniu z półroczem poprzednim) wystąpił w II półroczu 2019 r. w grupie lekarzy dentyistów (o 40,1%) oraz w grupie innego personelu medycznego z wyższym i średnim wykształceniem (o odpowiednio 73,6% i 32,0%), a w I półroczu 2020 r. – w grupie rejestratorek (o 71,5%).

W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, istotny wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia brutto (w porównaniu z półroczem poprzednim) wystąpił w II półroczu 2019 r. w grupie pracowników administracji (o 22,2%).

W przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktów, istotny wzrost kosztów z tego tytułu (w porównaniu z półroczem poprzednim) wystąpił w I półroczu 2020 r. w grupie lekarzy (o 51,0%).

(akta kontroli tom I str. 203-204)

³⁵ Lekarze 510,1 tys. zł, lekarze dentyści 126,2 tys. zł, pielęgniarki i położne 866,9 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 195,6 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 117,8 tys. zł, rejestratorki 81,0 tys. zł, administracja 300,9 tys. zł, obsługa 100,4 tys. zł.

³⁶ Całość dotyczy personelu administracji.

³⁷ Lekarze 578,4 tys. zł, lekarze dentyści 118,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 104,2 tys. zł.

³⁸ Lekarze 7,0 tys. zł, lekarze dentyści 6,6 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,3 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 4,3 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 3,1 tys. zł, rejestratorki 1,7 tys. zł, administracja 7,3 tys. zł, obsługa 2,6 tys. zł.

³⁹ Lekarze 7,7 tys. zł, lekarze dentyści 9,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,5 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 7,4 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 4,0 tys. zł, rejestratorki 1,6 tys. zł, administracja 8,3 tys. zł, obsługa 2,7 tys. zł.

⁴⁰ Lekarze 6,6 tys. zł, lekarze dentyści 5,1 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,3 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,1 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 2,7 tys. zł, rejestratorki 2,7 tys. zł, administracja 9,5 tys. zł, obsługa 3,0 tys. zł.

⁴¹ Całość dotyczy administracji.

⁴² J. w.

⁴³ J. w.

⁴⁴ Lekarze 4,2 tys. zł, lekarze dentyści 5,7 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,7 tys. zł.

⁴⁵ Lekarze 3,1 tys. zł, lekarze dentyści 6,8 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,9 tys. zł.

⁴⁶ Lekarze 4,7 tys. zł, lekarze dentyści 7,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,8 tys. zł.

Jako główne przyczyny wzrostów średnich miesięcznych kosztów z tytułu wynagrodzeń brutto i usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów Dyrektor wskazała konieczność dostosowania się pracodawcy do przepisów regulujących: sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, płacę minimalną, wyłączenie wysługi lat z wynagrodzenia brutto. Ponadto, Dyrektor wskazała na takie czynniki jak brak lekarzy na rynku pracy, zwiększenie wymiaru zatrudnienia nowych lekarzy kontraktowych, wypłatę nagród jubileuszowych i odprawy emerytalnej.

(akta kontroli tom I str. 205-207)

Udział kosztów wynagrodzeń brutto (osobowych i bezosobowych) w kosztach działalności operacyjnej i w kosztach ogółem wyniósł 55,3% w 2019 r. oraz odpowiednio 50,8% i 50,7% w I półroczu 2020 r. Udział kosztów obcych (poniesionych na podstawie kontraktów) w kosztach działalności operacyjnej oraz w kosztach ogółem wyniósł 17,7% w 2019 r. oraz 19,7% w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 208)

1.4. Według stanu na dzień 30 września 2020 r., na stanowiskach niemedycznych w SPZOZ zatrudnionych było siedem osób⁴⁷, w tym:

- dwie rejestratorki, do obowiązków których należało w szczególności: rejestrowanie pacjentów; przyjmowanie zgłoszeń pacjentów; prowadzenie dokumentacji związanej z rejestracją i ewidencją wykonanych usług medycznych; weryfikacja uprawnień ubezpieczeniowych pacjentów; segregacja i archiwizacja dokumentacji medycznej; przyjmowanie, dołączanie i odpowiednie opisywanie dostarczonej przez pacjentów dokumentacji medycznej; wydawanie wyników badań; przygotowanie okresowych zestawień, sprawozdań i innych raportów niezbędnych dla funkcjonowania Ośrodka;
- informatyk, któremu zlecono m.in. świadczenie usług informatycznych oraz administrowanie siecią komputerową, wykonywanie operacji na portalu świadczeniodawcy, obsługę deklaracji POZ, tworzenie walidacji w systemie mMedica do ewidencji świadczeń⁴⁸, list oczekujących⁴⁹, ewidencji medycznych danych pacjentów, obsługę programu mMedica;
- główna księgowa, realizująca zadania dotyczące organizowania i prowadzenia księgowości SPZOZ, sprawozdawczości rzeczowo-finansowej, podatkowej, ZUS i statystycznej, prowadzenie rozliczeń z NFZ;
- specjalista ds. BHP, któremu zlecono całość spraw związanych z BHP.

Wśród pracowników SPZOZ nie znajdowali się absolwenci kierunku zdrowie publiczne.

(akta kontroli tom I str. 108-109, 113, 124-125, 210-227)

Sporządzaniem sprawozdań (kierowanych do Ministerstwa Zdrowia⁵⁰, Głównego Urzędu Statystycznego⁵¹ i NFZ⁵²) zajmowało się pięciu pracowników zatrudnionych na stanowiskach: przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki szkolnej, pielęgniarki osób pracujących, informatyka oraz głównej księgowej. Ponadto, wykazy świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń

⁴⁷ Oprócz nw., również dwóch pracowników obsługi.

⁴⁸ Dotyczy jednostek typu AOS, POZ, rehabilitacji i stomatologii

⁴⁹ W zakresie sporządzania statystyki kolejek oraz ich eksportu do NFZ, ustawień terminarza pod kątem optymalnej konfiguracji, obsługi szablonów, harmonogramów pracy, wprowadzania zasobów do rezerwacji i obsługi

⁵⁰ Za pośrednictwem portalu Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

⁵¹ Za pośrednictwem portalu sprawozdawczego Głównego Urzędu Statystycznego.

⁵² Za pośrednictwem portalu Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji, z wyjątkiem informacji o aktualnej liczbie podopiecznych domów pomocy społecznej oraz placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza/pielęgniarki, które były przekazywane w formie papierowej.

pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ (miesięczne) sporządzał personel poszczególnych komórek (tj. pielęgniarka POZ, pielęgniarka szkolna i położna POZ) poprzez wprowadzanie udzielonych świadczeń do systemu. Obowiązek eksportu tych danych powierzono informatykowi.

Analiza zakresów obowiązków ww. pracowników wykazała, że zadania sprawozdawcze uwzględniono w przypadku przełożonej pielęgniarek, informatyka oraz głównej księgowej. Zakresy obowiązków, które zostały powierzone pozostałym dwóm pracownikom (pielęgniarsce szkolnej i pielęgniarsce osób pracujących) nie obejmowały sporządzania jakichkolwiek sprawozdań, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 128-130, 209, 228-238)

W sprawie trybu przepływu informacji sprawozdawczych od personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych do personelu sporządzającego sprawozdania Dyrektor poinformowała, że wprowadzano je na bieżąco do systemu mMedica, w związku z czym informatyk miał do nich stały dostęp. „(...) *Jedynie dane sprawozdawcze z zakresu med. pracy i medycyny szkolnej zliczane są w sposób ręczny i przekazywane w wersji papierowej.*”

(akta kontroli tom I str. 239-241, 242)

Wypełnianiem indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej wydawanej pacjentowi zajmowali się:

- lekarze – dotyczy zaświadczeń o zakończeniu leczenia, o stanie zdrowia, na potrzeby komisji orzekania o niepełnosprawności oraz skierowań do sanatorium;
- zarówno lekarze jak i pielęgniarki, położna oraz uprawnieni asystenci medyczni – dotyczy recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i do poradni specjalistycznych.

(akta kontroli tom I str. 108-109, 120-122, 239-241, 242-243, 251)

Zadania w zakresie: obsługi i rejestracji pacjenta (w tym przyjmowanie oświadczeń, jak również przyjmowanie i weryfikacja deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ), wypełniania indywidualnej, wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentów (w zakresie określonym w § 10 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej), włączania lub wprowadzania do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych, udostępnionych przez pacjentów, istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego⁵³, wykonywali pracownicy zatrudnieni na stanowiskach rejestratorek, pielęgniarek, położnej, fizjoterapeutów oraz asystenta medycznego (stomatologia).

Czynności związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej, w tym np. pobieranie stosownych opłat wykonywali upoważnieni do tego pracownicy, tj. asystentka medyczna (stomatologia) oraz przełożona pielęgniarek, a w przypadku ich nieobecności – dyrektor.

(akta kontroli tom I str. 108-109, 120-122, 251)

Dyrektor wyjaśniła: „(...) przyczyną niepowierzenia ww. zadań wyłącznie personelowi niemedyicznemu są czynniki ekonomiczne. Jesteśmy małym ZOZ z niewielką liczbą deklaracji, działającym w małej społeczności. Wynika stąd mniejsza liczba świadczeń medycznych. Racjonalnie gospodarujemy czasem pracy

⁵³ W przypadku tego zadania wprowadzaniem wyników zajmowali się również lekarze

personelu medycznego i w przypadku, gdy nie wykonuje on świadczeń medycznych angażuje się w pomoc personelowi niemedycznemu.”

(akta kontroli tom I str. 239-241, 243)

W wyniku badania zakresów obowiązków siedmiu pracowników personelu medycznego, tj. po trzech lekarzy POZ i trzech pielęgniarek POZ oraz położnej POZ⁵⁴ (tj. odpowiednio 21,4%, 23,1% i 100,0% pracowników w ww. grupach zawodowych) ustalono, że obowiązki te nie wykraczały poza zakresy zadań określone dla ww. grup zawodowych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁵⁵

(akta kontroli tom I str. 230-232, 236-238, 252-263)

1.5. W wyniku badania kwalifikacji pięciu pielęgniarek i położnej zatrudnionych w SPZOK w ramach POZ⁵⁶ (100,0% na dzień 14 grudnia 2020 r.) stwierdzono, że spełniały one wymogi określone w art. 7 i 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁵⁷, tj. legitymowały się wykształceniem minimum średnim w dziedzinie pielęgniarstwa oraz posiadały ukończone kursy kwalifikacyjne z zakresu pielęgniarstwa: środowiskowo rodzinnego, środowiska nauczania i wychowania, rodzinnego lub w ochronie zdrowia pracujących.

Analiza kwalifikacji dwóch pielęgniarek (zatrudnionych w poradni chirurgicznej) i jednej położnej (zatrudnionej w poradni ginekologiczno-położniczej)⁵⁸ wykazała, że nie spełniały one wymogów określonych w załączniku nr 1a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵⁹ (*Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarstwa i porad położnej oraz warunków ich realizacji*), uprawniających je do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta.

Wszystkie osoby objęte badaniem posiadały tytuł magistra pielęgniarstwa, licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa albo średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki, jak również wymagane doświadczenie, w związku z czym spełniały wymogi określone w części I załącznika 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 przedsiębiorstwami⁶⁰.

(akta kontroli tom I str. 127, 299-306)

1.6. W SPZOK nie zlecano pielęgniarkom i położnej w poradni chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta. Jak podano w pkt 1.5. nie spełniały one stosownych wymogów.

(akta kontroli tom I str. 127-130, 137)

Dyrektor wyjaśniła, że powyższa sytuacja wynikała również z oczekiwań i przyzwyczajęń pacjentów, „(...) którzy w zakresie kierowania procesem leczenia,

⁵⁴ Dobranych losowo.

⁵⁵ Dz.U. poz. 2335.

⁵⁶ Dotyczy personelu pielęgniarstwa wymienionego w załączniku nr 1 do umowy z NFZ nr 120/108113/01/2020 „Harmonogram – zasoby” – POZ.

⁵⁷ Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

⁵⁸ Dotyczy personelu pielęgniarstwa wymienionego w załączniku nr 1 do umowy z NFZ nr 120/108113/02/01/2020 „Harmonogram – zasoby” – AOS.

⁵⁹ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁶⁰ Dz.U. Nr 151, poz. 896.

jednoznacznie oczekiwali i domagali się kontaktu z lekarzem oraz podejmowania decyzji przez niego a nie przez pielęgniarkę/położną”.

(akta kontroli tom I str. 264-266, 267)

W okresie objętym kontrolą lekarze SPZOZ udzielili:

- w ramach POZ – 18 770 porad w I półroczu 2019 r., 17 660 porad w II półroczu 2019 r. i 14 092 porad (w tym 5 610 teleporad, tj. 39,8%) w I półroczu 2020 r.;
- w ramach AOS – 3 866 porad⁶¹ w I półroczu 2019 r., 3 518 porad⁶² w II półroczu 2019 r. i 3 146 porad⁶³ (w tym 169 teleporad, tj. 5,4%) w I półroczu 2020 r.

Liczba udzielonych porad lekarskich w II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. (w porównaniu do półrocza poprzedniego) uległa zmniejszeniu o odpowiednio 5,9% i 20,2% w przypadku POZ oraz 9,0% i 10,6% w przypadku AOS.

(akta kontroli tom I str. 134-136)

Dyrektor wyjaśniła, że spadek liczby udzielonych porad w I półroczu 2020 r. (w porównaniu do II półrocza 2019 r.) spowodowany był głównie epidemią i związanymi z tym ograniczeniami, co skutkowało zmniejszoną liczbą pacjentów, prawdopodobnie obawiających się korzystania z usług medycznych.

(akta kontroli tom I str. 264-266, 267)

Dane w zakresie średniej liczby porad udzielonych przez jednego lekarza oraz średniego czasu trwania porady kształtowały się następująco:

- średnia liczba porad przypadających na jednego lekarza zmniejszyła się w poszczególnych półroczach (w okresie od stycznia 2019 r. do czerwca 2020 r.) z 3 754 poprzez 2 943 do 2 348 w ramach POZ oraz z 773 poprzez 704 do 629 w ramach AOS (tj. o odpowiednio 21,6% i 20,2% w przypadku POZ oraz 8,9% i 10,6% w przypadku AOS);
- średni czas trwania porady zwiększył się w poszczególnych półroczach z 8,7 min poprzez 10,4 min do 13,9 min w ramach POZ oraz z 16,9 min poprzez 20,9 min do 21,2 min w ramach AOS.

(akta kontroli tom I str. 134-136)

Odnosnie do zmniejszenia średniej liczby porad przypadających na jednego lekarza Dyrektor wyjaśniła: „(...) istotny wpływ na uzyskany w II półroczu 2019 wynik ma długotrwała kilkumiesięczna choroba 1-ego z lekarzy POZ (zatrudnionego 5 x w tyg. w wymiarze 7,30 godz. dziennie). Od grudnia 2019 został zatrudniony lekarz POZ (który udzielał porad 1 x w tyg. przez 6 godz. dziennie)”. Poinformowała również: „Na wynik uzyskany w I półroczu 2020 ma wpływ sytuacja epidemiczna (...)”. W przypadku AOS zaznaczyła: „(...) nie mamy wpływu na ilość osób deklarujących chęć skorzystania z porad/ teleporad.”

(akta kontroli tom I str. 264-266, 268)

Odnosnie do średniego czasu udzielania teleporad przełożona pielęgniarek wyjaśniła: „(...) nie jesteśmy w stanie go określić. Oczywiście dysponujemy rozliczeniami z operatorem telefonicznym, jednak w okresie od stycznia do czerwca 2020, w związku z wprowadzeniem teleporad dokonano również zmian w organizacji pracy m.in. sukcesywnie zakupywano nowe numery telefonów (łącznie 7 szt.). Brak możliwości obliczenia czasu przeznaczanego na teleporady związany

⁶¹ Z tego 993 porady z zakresu ginekologii, 889 – okulistyki, 1 171 – laryngologii i 813 – chirurgii.

⁶² Z tego 953 porady z zakresu ginekologii, 805 – okulistyki, 928 – laryngologii i 832 – chirurgii.

⁶³ Z tego 829 porady z zakresu ginekologii, 780 – okulistyki, 787 – laryngologii i 750 – chirurgii.

jest z faktem, iż część z lekarzy dzwoniła do pacjentów (rozmowy wychodzące), natomiast część pacjentów dzwoniła do lekarzy o określonej godzinie i na podany podczas rejestracji numer (rozmowy przychodzące)."

(akta kontroli tom I str. 271-272)

Średnia liczba dokumentów wystawionych przez jednego lekarza w kolejnych półroczach okresu objętego kontrolą, wynosiła odpowiednio:

- 84, 77 i 41 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w ramach POZ, a także 33, 25 i 27 w ramach AOS;
- 4 569, 4 267 i 2 961 recept w ramach POZ, a także 558, 510 i 355 w ramach AOS;
- 0,2, 1,5, 1,2 kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO) w ramach POZ, a w ramach AOS takich skierowań nie wystawiono;
- 481, 360 i 278 skierowań do poradni specjalistycznych w ramach POZ, a także 12, 48 i 6,8 w ramach AOS;
- 259, 225 i 173 skierowania na badania diagnostyczne obrazowe w ramach POZ, a także 33, 29 i 29 w ramach AOS;
- 1 737, 1 566 i 1 373 skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej w ramach POZ, a także 142, 140 i 145 w ramach AOS;
- 3, 4 i 5 skierowań do sanatorium w ramach POZ, a w ramach AOS takich skierowań nie wystawiono;
- 34, 47 i 33 skierowania do szpitala w ramach POZ, a także 15, 13 i 7 w ramach AOS.

Dane dotyczące liczby wydanych zwolnień lekarskich, zaświadczeń/orzeczeń lekarskich, informacji dla lekarza POZ/lekarza prowadzącego oraz zleceń na transport sanitarny były w SPZOZ niedostępne lub niekompletne (brak zbiorczych ewidencji tych danych w użytkowanych w Ośrodku systemach komputerowych).

(akta kontroli tom I str. 138)

Dyrektor poinformowała, że w analizowanym okresie wydawano zaświadczenia/orzeczenia lekarskie o stanie zdrowia w związku z wykonywaniem pracy na danym stanowisku lub podjęciem nauki (medycyna pracy)⁶⁴, a także zaświadczenia lekarskie (zwolnienia lekarskie) ZUS ZLA (nie było możliwości podania ich dokładnej liczby, gdyż wystawiane były na platformie usług elektronicznych ZUS PUE, która nie posiada funkcjonalności sortowania i zliczania liczby wystawionych zaświadczeń ze względu na okres czy miejsce wystawienia zaświadczenia.) Wymieniła również zaświadczenia o stanie zdrowia (np. na potrzeby komisji orzekania o niepełnosprawności), zaświadczenia o zakończeniu leczenia, zaświadczenia lekarskie – zwolnienia dla uczniów z uczestnictwa w zajęciach (ich liczby również nie dało się ustalić, gdyż prowadzenie ewidencji w tym zakresie nie było wymagane).

Odnosnie do przypadków wystawiania zaświadczeń odpłatnych Dyrektor podała, że „(...) odpłatnie wystawiano jedynie zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia w związku z wykonywaniem pracy na danym stanowisku lub podjęciem nauki (usługi z medycyny pracy). Zaświadczenia wydawał lekarz medycyny pracy w ramach realizacji umów zawartych pomiędzy SPZOZ a innymi placówkami."

(akta kontroli tom I str. 264-266, 268-270)

⁶⁴ 221 w 2019 r. i 159 w 2020 r.

1.7. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe⁶⁵ lekarze przeznaczali średnio 73,1% czasu trwania porady, a 26,9% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne⁶⁶.

Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 12 lekarzy Ośrodka⁶⁷ podczas udzielania przez nich łącznie 227 świadczeń, wykazała, że:

1) dla porad pierwszorazowych⁶⁸:

- średni czas trwania porady wyniósł 21,2 min (czas minimalny – 10 min, czas maksymalny – 40 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 8,3 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 15 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 8,3 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 25 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 16,6 min (czas minimalny – 6 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 78,3% średniego czasu trwania porady;
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 4,6 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 18 min), co stanowiło 21,7% średniego czasu trwania porady⁶⁹;

2) dla kontynuacji leczenia⁷⁰:

- średni czas trwania porady wyniósł 23,4 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 50 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5,8 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 10,9 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 35 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 16,7 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 40 min), co stanowiło 71,4% średniego czasu trwania porady;
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 6,7 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 18 min), co stanowiło 28,6% średniego czasu trwania porady⁷¹;

3) dla teleporad⁷²:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 11,8 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 37 min);

⁶⁵ Dotyczy porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym uwzględniono porady pierwszorazowe oraz kontynuację leczenia.

⁶⁶ Wyliczono na podstawie analizy 156 udzielonych porad medycznych, na które składały się: czas poświęcony na przeprowadzenie badań podmiotowego i przedmiotowego oraz czas wykorzystany na wypełnianie niezbędnej dokumentacji medycznej. Analiza nie obejmowała 24 świadczeń, gdzie lekarze wykazali łączny czas trwania porady jako dłuższy (8 przypadków) lub krótszy (16 przypadków) od sumy czasów wykorzystanych na ww. badania i wypełnianie dokumentacji medycznej.

⁶⁷ Czterech lekarzy udzielających świadczeń POZ, dwóch stomatologów, oraz po jednym specjalistcie z zakresu: ginekologii, okulistyki, otolaryngologii, medycyny pracy, rehabilitacji medycznej oraz chirurgii.

⁶⁸ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 44 świadczenia.

⁶⁹ Dziewięć (tj. 20,5%) porad pierwszorazowych poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był dłuższy niż 30,0% czasu trwania porady ogółem.

⁷⁰ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – łącznie analizie poddano 112 świadczeń.

⁷¹ 47 (tj. 42,0%) porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne były dłuższe niż 30,0% czasu trwania porady ogółem.

⁷² Dotyczy 71 świadczeń udzielonych w formie teleporady.

- średni czas badania podmiotowego wyniósł 7,8 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 19 min);
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 7 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 27 min), co stanowiło 59,3% średniego czasu trwania teleporady.

(akta kontroli tom I str. 273-295)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) Regulamin organizacyjny SPZOZ wprowadzony zarządzeniem Dyrektora z dnia 19 października 2017 r. nie przedstawiał rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego poradni znajdujących się w jego strukturze. W § 14 Regulaminu organizacyjnego podano, że w skład Przychodni wchodziły m.in. poradnie: kardiologiczna, neurologiczna, diabetologiczna i dermatologiczna, w sytuacji gdy nie udzielano świadczeń zdrowotnych w takich poradniach, z uwagi na brak stosownej umowy z NFZ obejmującej ich realizację. Ponadto, prezentując w Regulaminie organizacyjnym przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagany w art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej, nie uwzględniono porad udzielanych od marca 2020 r. za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad).

Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że przywołane zapisy dotyczące poradni kardiologicznej, neurologicznej, diabetologicznej i dermatologicznej zawarto w ramach przygotowania do przystąpienia do konkursu ofert ogłaszanego przez NFZ, a planowany termin ogłoszenia konkursów na świadczenia w rodzaju AOS to rok 2021. Odnośnie nieuwzględnienia w Regulaminie organizacyjnym teleporad Dyrektor wyjaśniła, że zasady ich realizacji, opracowane w oparciu o rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ, zostały udostępnione pacjentom poprzez ich zamieszczenie na stronie BIP.

(akta kontroli tom I str. 5-56)

NIK wskazuje, iż Regulamin organizacyjny winien stanowić, w szczególności dla pacjenta, rzetelne źródło informacji o poradniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jak również o przebiegu procesu udzielania tych świadczeń. Nie spełnia takiego wymogu dokument, w którym ujmowane są poradnie faktycznie niedziałające, jak również prezentujący przebieg powyższego procesu bez wskazania, że udzielanie świadczeń odbywa się również za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad). Ponadto, przywołane przez Dyrektora zasady realizacji teleporad zostały zamieszczone na stronie internetowej dopiero po ponad pięciu miesiącach od rozpoczęcia ich udzielania (19 sierpnia 2020 r.).

2) Pomimo wykonywania przez dwie pielęgniarki (szkolną i osób pracujących) zadań sprawozdawczych, Dyrektor nie uwzględniła tych zadań w pisemnych zakresach ich obowiązków.

(akta kontroli tom I str. 128-130, 233-238)

W sprawie nieprzypisania w zakresach czynności ww. pielęgniarek obowiązków związanych ze sprawozdawczością, Dyrektor wyjaśniła, że w dniu 18 grudnia 2020 r. zostały przygotowane porozumienia w sprawie zmian w zakresach czynności tych pielęgniarek, gdzie wprowadzono odpowiednie zapisy dotyczące sprawozdawczości.

(akta kontroli tom I str. 239-241, 244-250)

OCENA CZĄSTKOWA

W Regulaminie organizacyjnym oraz innych wewnętrznych procedurach obowiązujących w SPZOZ określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Regulamin organizacyjny nie przedstawiał jednak rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego poradni znajdujących się w strukturze SPZOZ – ujęto w nim bowiem cztery poradnie, w których nie udzielano świadczeń zdrowotnych. Ponadto, prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad). W okresie pandemii COVID-19 w SPZOZ podejmowano bowiem działania mające na celu ograniczenie jej negatywnych skutków, w szczególności poprzez uzupełnienie normalnego trybu pracy o udzielanie świadczeń w powyższej formie. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki i położna zatrudnione w poradniach chirurgicznej 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 i pracowników administracji. W przypadku dwóch pielęgniarek, wykonywanych przez nie zadań sprawozdawczych nie uwzględniono jednak w pisemnych zakresach ich obowiązków. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 73,1% czasu trwania porady, a 26,9% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

OBSZAR

Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. Przychodnia została wyposażona w niezbędne narzędzia informatyczne wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, tj.:

- system wspierający działalność medyczną mMedica⁷³ – moduły: Rozliczenia z NFZ, Gabinet, Dane do sprawozdań MZ/GUS, EDM (Elektroniczna Dokumentacja Medyczna), Menedżer eksportów dla wersji "+", Gabinet pielęgniarki, Raporty Pomocnicze, Baza Leków Pharminindex, e-Rejestracja, eWynikiLab, JPK (jednolity plik kontrolny), eZLA;
- systemy wspierające działalność administracyjną: Insert Rewizor GT SFERA (służący do obsługi finansowo-księgowej) oraz Płatnik (udostępniony bezpłatnie przez ZUS, służący do tworzenia, weryfikacji oraz wysyłania dokumentów ubezpieczeniowych).

W Ośrodku wykorzystywano wszystkie posiadane systemy i moduły systemu mMedica. Systemy te nie były ze sobą zintegrowane. W systemie Insert Rewizor GT SFERA prowadzona była księgowość jednostki, przy czym rozliczenia płacowe z pracownikami prowadzone były w arkuszu Excel. Jak podała w wyjaśnieniu Dyrektor: „(...) Z uwagi na fakt, iż jesteśmy placówką zatrudniającą tylko 23 osoby nie ma potrzeby zakupu i korzystania z rozbudowanych programów kadrowo-księgowych”.

W SPZOZ znajdowały się 23 stanowiska, na których z systemu mMedica korzystało (według stanu na 13 października 2020 r.) 29 pracowników (lekarze, pielęgniarki,

⁷³ Zakupiony w 2009 r.

rejestratorki). Z systemu Insert Rewizor GT SFERA korzystała jedna osoba zatrudniona na stanowisku Głównej Księgowej.

Oględziny wybranych 16 pomieszczeń Przychodni⁷⁴ wykazały, że zostały one należycie wyposażone w komputery i drukarki/urządzenia wielofunkcyjne.

(akta kontroli tom II str. 1-2, 4-10, 18-63, 79-85, 166-167, 391, 395-397, 411-432, 543-546)

2.1. W okresie objętym kontrolą w SPZOZ poniesiono wydatki związane z zakupem sprzętu informatycznego oraz eksploatacją systemów informatycznych⁷⁵ w wysokości 40,6 tys. zł (w 2019 r.) i 58,4 tys. zł (w okresie od stycznia do października 2020 r.), tj.:

- 85,2 tys. zł (z tego 26,8 tys. zł w 2019 r. i 58,4 tys. zł w 2020 r.) na zakup sprzętu (przede wszystkim komputerów);
- 13,8 tys. zł (w 2019 r.) na licencję systemu mMedica oraz usługę serwisową.

(akta kontroli tom II str. 81-133)

2.3. Z uwagi na to, że wartość zamówień na dostawy i usługi, o których mowa w pkt 2.2., nie przekroczyła 30,0 tys. euro, w myśl art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷⁶ nie stosowano trybów określonych w tej ustawie. W przypadku zamówień, których wartość netto przekroczyła 3,5 tys. zł, postępowania przeprowadzono na podstawie *Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 euro*⁷⁷ (trzy w 2019 r.⁷⁸ i dwa w 2020 r.⁷⁹). W wyniku badania postępowania o udzielenie zamówienia na dostawę komputerów i serwera przeprowadzonego w 2020 r.⁸⁰ ustalono, że zostało przeprowadzone zgodnie z ww. regulaminem. Zaproszenia do złożenia oferty skierowano do trzech dostawców (jeden nie udzielił odpowiedzi), a ponadto dokonano analizy ofert ze stron internetowych. Wybrano ofertę najkorzystniejszą cenowo. Przebieg postępowania udokumentowano w formie protokołu, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do ww. regulaminu. Protokół został zatwierdzony do realizacji przez Dyrektora SPZOZ.

Zakupiony w okresie objętym kontrolą sprzęt informatyczny (komputery oraz drukarki/urządzenia wielofunkcyjne) został przekazany do użytkowania bez zbędnej zwłoki.

(akta kontroli tom II str. 2, 8, 81-165)

Pakiet licencji systemu mMedica dostosowany był do potrzeb Ośrodka. Dobór sprzętu informatycznego gwarantował stabilność systemu. Zakupów dokonywano zgodnie z zapotrzebowaniem, po uprzednim rozpoznaniu wymagań funkcjonalnych i ocenie możliwości rozbudowy sprzętu już działającego w Ośrodku. Zakupy były każdorazowo wprowadzane do spisu inwentaryzacyjnego. W przypadku zakupu serwera wzięto pod uwagę warunki jego serwisowania⁸¹.

(akta kontroli tom II str. 136-141, 147-165, 392, 398-399, 465-466)

⁷⁴ Pomieszczenia nr: 1 – izolatka, 3 – gabinet zabiegowy, 5 – rejestracja, 8 – punkt szczepień, 15 – gabinet lekarski, 16 – stomatologia, 17 – rejestracja AOS, 18 – poradnia AOS, 21 – administracja, 22 – gabinet Dyrektora, 23 – gabinet lekarski – USG, 25 – księgowość, 27 – gabinet pielęgniarki środowiskowej, 30 – serwerownia, 32 – pracownia fizjoterapii, 33 – gabinet okulistyczny.

⁷⁵ W okresie objętym kontrolą w SPZOZ nie prowadzono rozbudowy istniejących systemów informatycznych.

⁷⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

⁷⁷ Zarządzenie Dyrektora nr 12/2016 z dnia 9 września 2016 r.

⁷⁸ Zakup notebooka za 4,8 tys. zł brutto, zakup komputerów za 21,2 tys. zł brutto, zakup licencji mMedica za 13,5 tys. zł brutto.

⁷⁹ Zakup komputerów i serwera za 37,8 tys. zł brutto, zakup komputerów za 12,8 tys. zł brutto.

⁸⁰ Do szczegółowego badania wybrano zamówienie skutkujące wydatkiem o najwyższej kwocie 37,8 tys. zł, stanowiącej 38,2% wydatków, o których mowa w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁸¹ Poradnia otrzymała gwarancję typu *on-site* (na miejscu), naprawa w ciągu 48 godzin, czas reakcji serwisu do 24 godzin.

2.4. W wyniku oględzin funkcjonującego w SPZOZ systemu mMedica, przeprowadzonych w dniu 28 października 2020 r., ustalono, że system ten spełniał nw. wymogi określone w § 1 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. zapewniał:

- integralność treści dokumentacji medycznej i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione;
- dostęp do dokumentacji medycznej osobom uprawnionym oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (użytkownik systemu był jednoznacznie identyfikowany poprzez nadany mu indywidualny identyfikator, uprawnienia dostępu były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska);
- identyfikację osoby sporządzającej dokumentację medyczną oraz dokonującej wpisu;
- podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i PUE⁸² (lekarze w Przychodni wykorzystywali podpis PUE-ZUS);
- informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji medycznej;
- przyporządkowanie (dla odpowiednich rodzajów dokumentacji) danych, o których mowa w § 10 pkt 3 lit. a-c i e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, identyfikujących osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne (imię i nazwisko, tytuł zawodowy i numer prawa wykonywania zawodu⁸³ oraz podpis⁸⁴);
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w standardach HL7 CDA⁸⁵;
- możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

W wyniku oględzin ustalono również, że system:

- nie prezentował pełnej historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku modyfikującym dokument w formie elektronicznej i czasie dokonania modyfikacji (widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja);
- nie zapewniał możliwości zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM⁸⁶ lub innych.

W dniu 10 grudnia 2020 r. uzyskano od informatyka zatrudnionego w Przychodni wydruki z systemu wskazujące na to, że system mMedica prezentuje pełną historię modyfikacji dokumentów wraz z informacją o użytkowniku modyfikującym dokument w formie elektronicznej i czasie dokonania modyfikacji.

(akta kontroli tom II str. 167-169, 268-348, 467-526)

2.5. W SPZOZ zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Dotyczyło to takich dokumentów jak: historia zdrowia i choroby, księga zabiegów, e-recepty, e-zwolnienia i e-skierowania. Niektóre dokumenty (e-skierowanie, e-recepta) były drukowane na życzenie pacjenta. Dokumentację medyczną w zakresie świadczeń stomatologicznych i rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej i położnej środowiskowej, prowadzono w formie papierowej, ze względu na konieczność potwierdzania przez pacjenta wykonania

⁸² Platforma Usług Elektronicznych.

⁸³ Ustalono dla następujących dokumentów: historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, historia wizyt, skierowanie do laboratorium, skierowanie do pracowni diagnostycznej.

⁸⁴ Ustalono dla następujących dokumentów: e-sprawozdanie, e-recepta, e-skierowanie, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

⁸⁵ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

⁸⁶ DICOM – standard przesyłania, przechowywania, pobierania, drukowania, przetwarzania i wyświetlania informacji z obrazowania medycznego.

świadczenia/czynności przez pielęgniarkę lub położną oraz brak mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica. W formie papierowej była sporządzana również informacja dla lekarza kierującego/POZ, z uwagi na konieczność jej przekazania pacjentowi, który następnie dostarczał ją lekarzowi w poradni POZ. Dyrektor oszacowała, że w Ośrodku w formie elektronicznej prowadzono ok. 95% dokumentacji.

Wszyscy lekarze prowadzili samodzielnie dokumentację medyczną dotyczącą historii zdrowia i choroby pacjenta. Przy wystawianiu e-zwolnień, e-recept i e-skierowań lekarze mogli skorzystać z pomocy upoważnionych asystentów medycznych, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt 2.8.

System mMedica był zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem (identyfikator użytkownika, hasło). Uprawnienia dostępu do systemu były nadawane wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska. Możliwe było tworzenie schematów uprawnień dla konkretnych grup użytkowników z możliwością rozgraniczenia tych uprawnień do pełnionej funkcji oraz posiadanych kompetencji. W SPZOZ obowiązywały Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych oraz Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego (wprowadzone w maju 2018 r.), a ponadto przeprowadzano ocenę procesu analizy ryzyka oraz stosowanych zabezpieczeń w zakresie przetwarzania danych osobowych. Personel placówki został upoważniony przez Dyrektora do przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym.

(akta kontroli tom II str. 2, 70-71, 169-171, 191-223, 268-348, 392-394, 399, 404, 407-408, 467-526, 530-531, 534)

2.6. W wyniku oględzin funkcjonującego w SPZOZ systemu mMedica, o których mowa powyżej w pkt 2.4., ustalono również, że system:

- nie był wykorzystywany na urządzeniach mobilnych;
- zapewniał przekazywanie danych pomiędzy siedzibą główną, a gabinetem higieny szkolnej prowadzonym w Zespole Szkół im. Jana Pawła II (laptop z systemem mMedica), nie zapewniał takiej możliwości w przypadku gabinetu higieny szkolnej prowadzonego w Szkole Podstawowej nr 1, co, jak podała Dyrektor, było spowodowane brakiem dostępu w lokalizacji tej szkoły do internetu szerokopasmowego;
- zapewniał dostęp do najczęściej używanych funkcji w jednym oknie (np. obsługa wizyty odbywała się w jednym oknie pod kątem wywiadu, badania, opisu wizyty, ewidencji rozpoznania ICD-10 oraz wglądu do poprzedniej wizyty, wystawianie zleceń, e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, ewidencja procedur ICD-9 odbywała się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu po lewej stronie);
- nie miał możliwości tworzenia historii zdrowia i choroby pacjenta przez uprawnionych użytkowników w oparciu o modyfikowalne formularze (nie była możliwa edycja etykiet okienek). Miał natomiast możliwość tworzenia historii zdrowia i choroby w jednym oknie modyfikując indywidualnie widok (istniała możliwość wyłączenia zbędnych zakładek/opcji);
- umożliwiał wgląd do wpisów z poprzedniej wizyty/poprzednich wizyt;
- pozwalał na tworzenie własnych notatek w komentarzu, po autoryzacji wizyty;
- był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej (system był zintegrowany z systemem zewnętrznym do obsługi pracowni laboratoryjnej);

- nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej (system nie był zintegrowany z innym systemem do obsługi pracowni diagnostycznych). Wyniki badań diagnostyki obrazowej mogły być ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika. Na dzień przeprowadzenia oględzin użytkownicy zasilali system mMedica w zakresie jedynie opisów z diagnostyki obrazowej (brak importu zdjęć);
- miał dostęp do bazy leków Pharminindex, kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych. Według stanu na dzień oględzin systemu (28 października 2020 r.) ostatnia aktualizacja bazy leków miała miejsce w dniu 23 października 2020 r., a dane o refundacjach były z dnia 1 września 2020 r.;
- umożliwiał archiwizowanie i automatyczne wystawianie recept, na podstawie danych z poprzedniej recepty;
- umożliwiał przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ, jednak nie generował automatycznie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń. Sporządzaniem sprawozdań do NFZ zajmowało się dwóch pracowników (przełożona pielęgniarek i informatyk), a ponadto, wykazy świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ były tworzone przez personel poszczególnych komórek (pielęgniarka POZ, pielęgniarka szkolna, położna POZ) poprzez wprowadzanie udzielonych świadczeń do systemu;
- zapewniał interoperacyjność z systemami wdrażanymi w ramach projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych w zakresie e-recepta i e-skierowanie;
- był na bieżąco aktualizowany. Aktualizacja nie odbywała się automatycznie, lecz każdorazowo wymagała pomocy informatyka;
- był zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta⁸⁷;
- miał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10. Użytkownik miał do nich dostęp z poziomu modułu Gabinet przy ewidencji wizyty;
- umożliwiał elektroniczną rejestrację wizyt pacjentów. Rejestracja odbywała się przez przeglądarkę internetową. Informacja o wizycie trafiała bezpośrednio do gabinetu lekarza w systemie mMedica;
- miał zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego, wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom z możliwością ich ewidencjonowania, drukowania oraz modyfikowania wzorów w przypadku zmian przepisów prawa. Zapewniał możliwość tworzenia nowych dokumentów/wydruków, jednak użytkownicy na dzień oględzin systemu nie tworzyli samodzielnie nowych druków, odbywało się to tylko na poziomie administracyjnym.

⁸⁷ Liczba osób dla których system eWUŚ nie potwierdził uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w 2019 r. wyniosła 1048 (2,4% liczby udzielonych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej), a w 2020 r. (do 30 września) – 829 (3,0% liczby udzielonych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej). Udział tej liczby osób w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej kształtował się następująco: w roku 2019 – 2,39% natomiast w roku 2020 – 3 %. Dyrektor poinformowała: „Nie jesteśmy w stanie podać liczby osób które złożyły oświadczenie w sytuacji, o której mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej”. W przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej dokument był skanowany i wprowadzany do systemu mMedica, a wersję papierową przechowywano przez okres 10 lat.

W okresie objętym kontrolą w Ośrodku nie wystąpiła awaria systemu mMedica. Nie prowadzono rejestru awarii systemów informatycznych (Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych przewidywała sporządzenie protokołu awarii i napraw). Przychodnia posiadała zabezpieczenie sprzętowe na czas awarii (dwa serwery).

W wyniku badania ankietowego opinii o wykorzystywanym w Ośrodku systemie mMedica, przeprowadzonego w grupie siedmiu lekarzy⁸⁸, stwierdzono, że w sześciu przypadkach oceniono system jako narzędzie wspierające pracę, a w jednym przypadku – jako narzędzie zaburzające relację pacjent – lekarz i wydłużające wizytę. Wszyscy lekarze ocenili system jako intuicyjny w obsłudze. Na pytanie o przeszkolenie w obsłudze systemu czterech lekarzy odpowiedziało twierdząco, a pozostali wskazali: brak przeszkolenia (samodzielne zapoznanie się z systemem), częściowe przeszkolenie (częściowo samodzielne) lub wcześniejsze doświadczenie w pracy z systemem. Pięcioro lekarzy podało, że obsługiwali system informatyczny samodzielnie i nie wymagali wsparcia ze strony innych osób, natomiast dwóch lekarzy podało, iż wymagało wsparcia informatyka.

W wyniku badania ankietowego przeprowadzonego w powyższym zakresie w grupie dziewięciu pielęgniarek i położnej stwierdzono, że we wszystkich przypadkach oceniono system jako narzędzie wspierające pracę. Dziewięć ankietowanych oceniło system jako intuicyjny w obsłudze, jedna natomiast nie podzielała tej oceny. Na pytanie o przeszkolenie w obsłudze systemu osiem ankietowanych odpowiedziało twierdząco, a pozostałe wskazały: brak przeszkolenia (samodzielne zapoznanie się z systemem) lub częściowe przeszkolenie (częściowo samodzielne). Osiem pielęgniarek i położna podały, iż samodzielnie obsługują system, natomiast jedna pielęgniarka podała, że przy obsłudze systemu informatycznego wymagała wsparcia informatyka. Jako obszary wymagające objęcia wsparciem ankietowane wskazały nowe funkcje i zmiany w systemie.

(akta kontroli tom II, str. 2, 71-72, 171-176, 349-387, 392-394, 400-401, 404-407, 409-410, 527-535)

2.7. SPZOK podłączył swój system informatyczny do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (co umożliwiło wystawianie e-recept oraz e-skierowań) w dniu 31 lipca 2019 r., tj. w terminie określonym w art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁸⁹ (31 grudnia 2019 r.).

E-recepty były wystawiane od października 2019 r. Wcześniej recepty drukowano z systemu mMedica. W 2019 r. wystawiono 50 559 recept w formie papierowej i 3 228 e-recept⁹⁰, a w 2020 r. odpowiednio 3 481 i 25 528⁹¹. Jako przyczyny wystawiania recept w formie papierowej Dyrektor wskazała wystawianie recept podczas wizyt domowych (poza dostępem do systemu mMedica) oraz brak możliwości wygenerowania recepty w formie elektronicznej z przyczyn niezależnych od użytkownika (np. przerwa w działaniu systemu).

W SPZOK wystawiano skierowania w Systemie Informacji Medycznej. W okresie od 21 maja do 30 września 2020 r. wystawiono 482 e-skierowania, z tego 453 – do poradni specjalistycznych, 27 – do szpitala i dwa – na badania diagnostyczne.

(akta kontroli tom II str. 2, 72-73, 175, 394, 410)

2.8. Stosownie do art. 41a ust. 1 ustawy o z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁹² i art. 54a ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.

⁸⁸ Z dziesięciu lekarzy, którym przekazano ankietę, trzech nie udzieliło odpowiedzi.

⁸⁹ Dz.U. z 2020 poz. 702, ze zm.

⁹⁰ Łącznie 53 787 recept. Udział recept wystawionych w formie papierowej w łącznej liczbie recept stanowił 94,0%.

⁹¹ Łącznie 29 009 recept. Udział recept wystawionych w formie papierowej w łącznej liczbie recept stanowił 12,0%.

⁹² Dz.U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa⁹³, w okresie objętym kontrolą⁹⁴ siedmiu (47,0%) lekarzy upoważniło osiem osób⁹⁵ (jeden lekarz dwie, sześciu po jednej) do wystawiania e-skierowań, e-zwolnień i e-recept⁹⁶. Zgodnie z odpowiednio art. 41a ust. 3 i art. 54a ust. 2 ww. ustaw, upoważnień udzielono na okres nieprzekraczający 12 miesięcy.

W dniu 5 grudnia 2019 r. Dyrektor uczestniczyła w szkoleniu pt. *Elektroniczna dokumentacja medyczna P1 i e-recepta – jak podłączyć się do systemu*. Jak wyjaśniła, z uwagi na brak możliwości uczestniczenia w szkoleniu wszystkich lekarzy (w związku z obowiązkiem zabezpieczenia ich dostępności w godzinach pracy SPZOZ), uzyskana wiedza została przez nią przekazana lekarzom oraz pozostałemu personelowi zatrudnionemu w SPZOZ.

W dniu 17 kwietnia 2018 r. lekarze zatrudnieni w Ośrodku uczestniczyli w szkoleniu z zakresu wystawiania e-zwolnień (przeprowadziła je osoba oddelegowana z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych).

Ponadto, w dniu 30 stycznia 2020 r., trzy osoby (w tym dwie pielęgniarki) uczestniczyły w szkoleniu w ramach projektu pn. *Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawieniem, prowadzeniem i wymianą elektronicznej dokumentacji medycznej*, przeprowadzonym w Centrum Systemów Informatycznych.

Jak podała Dyrektor: „Odnosnie szkolenia z zakresu wystawiania e-recept lekarze nie korzystali ze szkoleń wyjazdowych, ale korzystali w tym zakresie z materiałów szkoleniowych udostępnianych za pośrednictwem portalu Medycyna Praktyczna oraz materiałów dostępnych na stronie Izby Lekarskiej”.

(akta kontroli tom II str. 2-3, 11-13, 64-69, 351-355, 392, 394, 397-398, 408-409, 433-464, 536-542)

2.9. Dyrektor odmówiła⁹⁷ podjęcia działań w celu zaangażowania lekarzy do wykonywania czynności będących przedmiotem zaplanowanych oględzin procesu wypełniania formularzy, w celu dokonania pomiaru czasu trwania tej czynności⁹⁸ i wyjaśniła: „(...) informuję, iż z uwagi na braki kadrowe, obciążenie pracą pozostałego personelu lekarskiego oraz potencjalne zagrożenie epidemiologiczne dla lekarza oraz osoby kontrolującej w trakcie oględzin – brak jest możliwości przeprowadzenia oględzin przebiegu określonych czynności wykonywanych przez lekarzy.”

(akta kontroli tom II str. 388-390)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

SPZOZ został wyposażony w niezbędne narzędzia informatyczne wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Użytkowany system informatyczny nie stanowił jednak w pełni sprawnego narzędzia wspierającego

⁹³ Dz.U. z 2020 r. poz. 870, ze zm.

⁹⁴ Według stanu na dzień 7 grudnia 2020 r.

⁹⁵ Pięć pielęgniarek, rejestratorkę medyczną, asystentkę stomatologiczną oraz osobę zatrudnioną na ½ etatu jako rejestratorka medyczna i ½ etatu jako asystentka medyczna.

⁹⁶ Siedem osób upoważniono do wystawiania wszystkich tych dokumentów, a jedną – do wystawiania e-skierowań i e-recept.

⁹⁷ W piśmie z dnia 8 grudnia 2020 r.

⁹⁸ Z całego badania należało uzyskać po pięć pomiarów czasu trwania wypełniania każdego z 13 wskazanych formularzy: 1) zlecenie na wyroby medyczne (e-zlecenie), 2) recepta (e-recepta) – wpisanie nowego leku, 3) recepta (e-recepta) – powtórzenie leku, 4) karta DIL0, 5) zwolnienie lekarskie (e-zwolnienie), 6) skierowanie do poradni specjalistycznej, 7) skierowanie na badania laboratoryjne, 8) skierowanie na badanie diagnostyczne obrazowe, 9) skierowanie do sanatorium, 10) skierowanie do szpitala, 11) informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego, 12) zaświadczenie lekarskie, 13) transport sanitarny.

pracę personelu medycznego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Nie zapewniono bowiem dostępności tego systemu w jednym z prowadzonych gabinetów higieny szkolnej, system nie był również zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej. W SPZOK zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w zakresie świadczeń stomatologicznych i rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej i położniczej środowiskowej, którą prowadzono w formie papierowej, co było związane z brakiem mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica. Terminowo podłączono system informatyczny SPZOK do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, co umożliwiło wystawianie e-recept oraz e-skierowań. Lekarze skorzystali z możliwości upoważnienia osób wykonujących zawód medyczny i innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w ich imieniu e-skierowań, e-zwolnień i e-recept.

IV. Wnioski

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

Wnioski

Podjęcie działań w celu dostosowania Regulaminu organizacyjnego do stanu faktycznego w zakresie poradni, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz uwzględnienia w tym dokumencie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad).

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 Katowicach. 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
wykonania wniosków

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

Katowice, dnia 15 stycznia 2021 r.

Kontroler
Michał Nowak
st. inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....