



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.029.03.2020

Pan
Lek. med. Ryszard Bosowski
Dyrektor
Obwodu Lecznictwa Kolejowego
w Gliwicach
ul. Opolska 18
44-100 Gliwice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach ¹ , ul. Opolska 18 44-100 Gliwice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Lek. med. Ryszard Bosowski ² , Dyrektor OLK od 12 lutego 2005 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 (23 grudnia 2020 r.) kontroli 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
Kontroler/Kontrolerzy	1. Bogusława Pala, specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr LKA/267/2020 z dnia 28 września 2020 r. i nr LKA/364/2020 z dnia 17 grudnia 2020 r. 2. Jacek Kordanowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/276/2020 z dnia 5 października 2020 r. (akta kontroli: tom I str. 1-4; tom III str. 307-308)

¹ Dalej: OLK.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz.U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Regulaminie organizacyjnym oraz innych wewnętrznych procedurach obowiązujących w OLK określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki i położne nie miały jednak kwalifikacji uprawniających je do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, wskutek czego takich świadczeń nie udzielały. Niektóre pielęgniarki, oprócz zadań o charakterze medycznym, wykonywały również czynności administracyjne. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 66,0% czasu trwania porady, a 33,0% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne, nie korzystając z możliwości upoważnienia przez lekarzy osób wykonujących zawód medyczny i innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w ich imieniu e-skierowań i e-recept.

OLK 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 udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. System nie był bowiem zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Nie umożliwiał również elektronicznej rejestracji wizyt w przychodni opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy. W OLK zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Część dokumentacji (w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej) prowadzono jednak w formie papierowej, co było związane z brakiem mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica. Terminowo podłączono system informatyczny OLK 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:

- niegospodarnie wydatkowano kwotę 15,8 tys. zł z tytułu umów zlecenia na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych, co stanowiło 2,9% kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych;
- prezentując w Regulaminie organizacyjnym OLK przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad);
- błędnie podano kody procedury w dokumentacji medycznej pacjentów w 40,0% zbadanych przypadków;
- nie spełniono wymogów dotyczących formy i sposobu przekazania skarżącemu odpowiedzi na jedną z 10 objętych badaniem skarg.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Stosownie do art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶, w Regulaminie organizacyjnym OLK określono rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, tj. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna, rehabilitacja lecznicza i leczenie stomatologiczne, a ponadto usługi w zakresie medycyny pracy, profilaktyki i promocji zdrowia oraz orzecznictwa o stanie zdrowia. Według Regulaminu organizacyjnego, w OLK znajdowały się również pracownie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej⁷.

Zgodnie z umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia⁸, świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁹ były udzielane zakresach: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ oraz świadczenia położnej POZ, a świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁰ – w zakresach: położnictwo i ginekologia, dermatologia i wenerologia, choroby metaboliczne, alergologia, diabetologia, diabetologia dla dzieci, endokrynologia, kardiologia, neurologia, onkologia, gruźlica i choroby płuc, chirurgia ogólna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, otolaryngologia, logopedia oraz urologia.

W Regulaminie organizacyjnym uwzględniono fakt zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni zdrowia psychicznego, w związku z wygaśnięciem kontraktu z NFZ z końcem 2019 r.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy o działalności leczniczej, w Regulaminie organizacyjnym OLK wskazano odpowiednio miejsce (ul. Opolska 18 w Gliwicach) i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych – ustalono m.in., że świadczenie usług podstawowych oraz specjalistycznych odbywa się w godzinach od 8.00 do 18.00 (w uzasadnionych medycznie przypadkach – w domu pacjenta), a rejestracja odbywa się osobiście przez pacjenta lub za pośrednictwem osób trzecich albo telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i orientacyjnej godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym OLK, godziny pracy rejestracji głównej oraz poszczególnych poradni/gabinetów podano na tablicy ogłoszeń, w rejestracji głównej, przy drzwiach wejściowych do OLK i na drzwiach do poradni/gabinetów. Regulamin organizacyjny udostępniono na stronie internetowej OLK, na której zamieszczono także wykaz numerów telefonicznych do poszczególnych poradni/gabinetów.

Regulamin organizacyjny wskazywał, że OLK organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania z nich. Prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono jednak porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad), co opisano w dalszej części wystąpienia

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

⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁷ Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (RTG) i Pracownia USG.

⁸ Dalej: NFZ.

⁹ Dalej: POZ.

¹⁰ Dalej: AOS.

pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II str. 329-348)

Zarządzeniem Dyrektora nr 12/2006 z dnia 14 marca 2006 r. w OLK określono następujące zasady ustalania kolejności wpisu do rejestru oczekujących na świadczenia zdrowotne¹¹:

- o kolejności w rejestrze zasadniczo decyduje kolejność zgłaszania się pacjentów celem dokonania rezerwacji terminu udzielenia świadczenia;
- dla pacjentów zgłaszających się po świadczenie w trybie pilnym rezerwuje się pulę wolnych miejsc w kolejce w wysokości 10% dziennego limitu świadczeń wynikającego z umowy z NFZ.

Zastrzeżono przy tym, że powyższe zasady nie dotyczą stanów nagłych.

Zarządzeniem Dyrektora nr 13/2013 z dnia 17 kwietnia 2013 r. w OLK wprowadzono *Procedurę postępowania z pacjentami zgłaszającymi się z objawami zagrożenia życia i zdrowia*.

(akta kontroli: tom II str. 24, 25)

Analiza planu wizyt wybranych lekarzy wykazała, że odstęp czasu pomiędzy planowanymi przyjęciami rejestrowanych pacjentów wynosił co do zasady:

- 15 minut – w poradniach POZ i AOS (diabetologicznej, gruźlicy i chorób płuc, neurologicznej, okulistycznej, alergologicznej, chorób metabolicznych), incydentalnie 30 minut (POZ) lub 60 minut (gruźlicy i chorób płuc);
- 15 lub 30 minut – w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej;
- 20 minut – w poradni diabetologicznej dzieci i młodzieży;
- 5, 10 lub 15 minut – w poradni urologicznej;
- 12 minut – w poradni onkologicznej.

W części poradni (ginekologiczno-położniczej, endokrynologicznej, otolaryngologicznej, dermatologicznej) odstępy czasu pomiędzy planowanymi przyjęciami rejestrowanych pacjentów były nieregularne.

(akta kontroli: tom III str. 160-176)

Dyrektor wyjaśnił, że odstępy czasu pomiędzy zaplanowanymi przyjęciami rejestrowanych pacjentów zależały od indywidualnej decyzji lekarza, do którego prowadzono zapisy (zależnej od jego osobistej oceny własnych możliwości i potrzeb pacjenta oraz oszacowanego przez niego średniego czasu trwania porady) oraz modyfikacji kolejek (dopisywanie pacjentów, którym lekarz zlecił poradę kontrolną w określonym czasie, pacjentów wymagających pilnej porady i pacjentów korzystających ze świadczeń poza kolejnością oraz wypisywanie pacjentów w sytuacji rezygnacji z wizyty).

(akta kontroli: tom II str. 244-245)

W związku z komunikatami NFZ z dnia 15 marca 2020 r. w sprawie sposobów minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 (ograniczenia lub zawieszenia udzielania świadczeń planowych, udzielania tzw. teleporad w ramach POZ), zarządzeniem Dyrektora nr 13/2020 z dnia 16 marca 2020 r. ograniczono w OLK podstawową działalność do świadczeń i zabiegów ratujących życie oraz zabiegów dla pacjentów skierowanych w trybie pilnym. Zapisy ww. zarządzenia zaktualizowano zarządzeniem Dyrektora nr 14/2020 z dnia 20 marca 2020 r.,

¹¹ Zarządzenie Dyrektora nr 12/2006 z dnia 14 marca 2006 r.

wprowadzając zasady udzielania porad przy użyciu środków łączności (tzw. teleporad), jak również *Procedurę zachowania bezpieczeństwa danych osobowych podczas udzielania teleporad*.

(akta kontroli: tom II str. 7-11, 23, 214, 215)

Zarządzeniem Dyrektora nr 37/2020 z dnia 22 października 2020 r. w OLK wprowadzono *Standard organizacyjny teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*, odpowiadający wymogom określonym w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej¹². W dokumencie tym określono m.in. zasady ustalania terminu teleporady, nawiązania kontaktu z pacjentem, weryfikacji jego tożsamości oraz odnotowywania teleporad w dokumentacji medycznej. Ponadto, zawierał on instrukcje dla pacjentów dotyczące realizacji e-recept, e-skierowań, e-zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń na badania diagnostyczne, a także informacje o możliwości założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta, w celu automatycznego otrzymywania kodów do dokumentów elektronicznych. Dokument udostępniono na stronie internetowej OLK oraz na drzwiach wejściowych do siedziby jednostki.

(akta kontroli: tom II str. 31-38)

Pielęgniarka Koordynująca wyjaśniła, że pacjenci z wyznaczonymi terminami wizyt otrzymywali informację (telefonicznie lub mailem albo bezpośrednio) o możliwości uzyskania teleporady. Ponadto, na wszystkich drzwiach wejściowych budynków OLK umieszczone zostały informacje o trybie udzielania porad i teleporad. Jak wyjaśnił Dyrektor, możliwość udzielania teleporad w dniach i godzinach pracy poradni uzyskali wszyscy lekarze OLK. Inicjowanie połączeń telefonicznych następowało zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy. W trakcie rejestrowania pacjenta był on informowany o dacie i zakresie godzin dostępności kontaktu z konkretnym lekarzem. Dyrektor wyjaśnił, że OLK rejestrował wszystkie połączenia telefoniczne przy użyciu rejestratora wbudowanego w zakładową centralę telefoniczną.

(akta kontroli: tom II str. 3, 173-176)

W wyniku badania dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez sześciu (10,3%) lekarzy¹³ w kwietniu, czerwcu i sierpniu 2020 r., ustalono, że:

- lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę (50,0% próby) udzielali świadczeń zdrowotnych w ramach POZ zgodnie z harmonogramami pracy;
- lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. kontraktu (50,0% próby) nie udzielali świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem, tj. w sześciu z 13 (46,2%) dni objętych harmonogramem (lekarz ortopeda), w 29 z 65 (44,6%) dni objętych harmonogramem (lekarz endokrynolog), w trzech z 53 (5,7%) dni objętych harmonogramem (lekarz ginekolog).

Na przykładzie wybranych dni, w których lekarze nie udzielali świadczeń zdrowotnych ustalono, że lekarz endokrynolog oraz ginekolog nie mieli zapisanych żadnych pacjentów, natomiast lekarz ortopeda miał zapisanych dziewięciu pacjentów, z tego sześciu przyjął w kolejnych miesiącach, a trzech nie stawilo się u lekarza. Według kontraktu z NFZ, poza lekarzami objętymi badaniem, świadczeń

¹² Dz.U. poz. 1395.

¹³ Dobranych losowo trzech lekarzy POZ (zatrudnionych na podstawie umowy o pracę) oraz trzech lekarzy AOS (zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej tzw. kontraktu).

medycznych udzielało w poradni urazowo-ortopedycznej jeszcze trzech innych lekarzy, a w poradni ginekologiczno-położniczej – jeszcze jeden lekarz, natomiast w poradni endokrynologicznej nie zatrudniono żadnego innego lekarza. Jak wskazał Dyrektor, lekarz endokrynolog na dzień 31 października 2020 r. miał wypracowane 84,5% wartości umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z tym lekarzem.

Lekarze wyjaśnili, że nieudzielanie przez nich świadczeń zdrowotnych w ww. miesiącach było spowodowane: przebywaniem w izolacji w związku z COVID-19, chorobą, urlopami oraz ograniczeniem świadczenia usług do absolutnego minimum, zgodnie z zaleceniami NFZ.

(akta kontroli: tom II str. 59-140, 211-213, 246; tom III str. 14-33)

W okresie objętym kontrolą, w OLK było zatrudnionych 11 rejestratorek oraz funkcjonowało sześć linii telefonicznych przychodzących, dostępnych pod wspólnym numerem (z funkcją automatycznego kolejkowania połączeń i możliwością automatycznego zestawienia połączenia z konkretnym numerem wewnętrznym). Liczba zadeklarowanych pacjentów przypadających na jedną linię telefoniczną (2,6 tys.) nie przekroczyła limitu (3,0 tys.), określonego 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 zdrowotnej¹⁴.

(akta kontroli: tom II str. 4, 354-357; tom III str. 150-152)

Spośród 10 skarg, które wpłynęły do OLK w okresie objętym kontrolą (trzech w 2019 r. i siedmiu w 2020 r.), trzy (w 2020 r.) dotyczyły trudności w nawiązaniu kontaktu telefonicznego. W wyniku przeprowadzonej w dniu 28 października 2020 r. trzykrotnej próby nawiązania połączenia telefonicznego z OLK, na numer podany na jego stronie internetowej, połączenia nie uzyskano. Numer telefonu był za każdym razem zajęty, co potwierdziło powyższą okoliczność przytoczoną w skargach.

Pozostałe skargi dotyczyły: długiego okresu oczekiwania na wizytę (trzy), utrudnień w uzyskaniu skierowania do specjalisty (dwie), odmowy wykonania odpłatnych badań (jedna) oraz ustalenia zdarzenia medycznego (jedna). Wszystkie skargi zostały rozpatrzone przez pracowników Zespołu Monitorowania Jakości Usług (właściwego według Regulaminu organizacyjnego) w terminie określonym w *Instrukcji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach – SPZOZ* (aktualizacja z 10 lutego 2015 r.). Zgodnie z § 7 ust. 10-11 ww. Instrukcji, zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi zostały podpisane przez Dyrektora i wysłane do skarżących listem poleconym, z wyjątkiem jednego, wysłanego pocztą elektroniczną, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom III str. 131-149)

W wyniku badania indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej 10 świadczeń udzielonych pacjentom¹⁵ (pięciu teleporad i pięciu porad w bezpośrednim kontakcie) ustalono, że zawierała ona informacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶. W szczególności zawierała oznaczenie podmiotu leczniczego, dane pacjenta i lekarza udzielającego świadczenia oraz informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania

¹⁴ Dz.Urz. MZ Nr 4 poz. 42.

¹⁵ Dobranych losowo.

¹⁶ Dz.U. poz. 666, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

oraz procesu diagnostycznego i leczniczego. W przypadku teleporad ustalono, że stosowano zasady udzielania świadczeń telemedycznych (przyjęte w załączniku do zarządzenia Dyrektora nr 14/2020 z dnia 20 marca 2020 r.), tj. dokumentacja medyczna zawierała wymagane informacje dotyczące wywiadu lekarskiego z pacjentem, a także dokonane wpisy w zakresie rozpoznania, zleconej diagnostyki, ordynowanych leków oraz informacje dotyczące wystawionych recept i skierowań. Dokumentacja zawierała również informację o udzieleniu świadczenia w formie teleporady. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy zastosowaniu systemów łączności następowało w przypadkach prolongaty leczenia farmakologicznego, potrzeby wystawienia skierowania do specjalisty lub w celu ustalenia stanu pacjenta przed planowanym badaniem tomografem komputerowym. Ustalono jednakże, iż wystąpiły przypadki błędnego podawania kodów procedur, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom III str. 51-75)

1.2. W okresie objętym kontrolą w OLK nie wystąpiły istotne zmiany stanu zatrudnienia w poszczególnych grupach pracowniczych. Według stanu na 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r., 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. było zatrudnionych:

- na podstawie umów o pracę – odpowiednio 118¹⁷, 120¹⁸, 114¹⁹, 113²⁰ i 110²¹ osób;
- na podstawie umów cywilnoprawnych (umów zlecenia i umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. kontraktów) – odpowiednio 46²², 45²³, 49²⁴, 46²⁵ i 46²⁶ osób.

W okresie objętym kontrolą, w celu wykonywania czynności administracyjnych związanych z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych lub wparcia informatycznego personelu medycznego, w OLK było zatrudnionych 11 rejestratorek, jedna sekretarka medyczna, dwóch statystyków medycznych, dwóch informatyków. W OLK nie planowano zatrudnienia nowych pracowników w celu

¹⁷ 27 lekarzy oraz dziewięciu lekarzy dentystów, 22 pielęgniarek i położnych, 24 osób z innego personelu medycznego (11 z wyższym i 13 ze średnim wykształceniem), 10 rejestratorek, jedną sekretarkę medyczną, 16 osób w administracji i dziewięć osób w obsłudze jednostki.

¹⁸ 26 lekarzy oraz lekarzy 10 dentystów, 22 pielęgniarek i położnych, 26 osób z innego personelu medycznego (12 z wyższym i 14 ze średnim wykształceniem), 10 rejestratorek, jedną sekretarkę medyczną, 16 osób w administracji i dziewięć osób w obsłudze jednostki.

¹⁹ 24 lekarzy oraz dziewięciu lekarzy dentystów, 21 pielęgniarek i położnych, 24 osób z innego personelu medycznego (10 z wyższym i 14 ze średnim wykształceniem), 10 rejestratorek, jedną sekretarkę medyczną, 16 osób w administracji i dziewięć osób w obsłudze jednostki.

²⁰ 24 lekarzy oraz ośmiu lekarzy dentystów, 22 pielęgniarek i położnych, 25 osób z innego personelu medycznego (11 z wyższym i 14 ze średnim wykształceniem), 10 rejestratorek, jedną sekretarkę medyczną, 16 osób w administracji i siedem osób w obsłudze jednostki.

²¹ 22 lekarzy oraz ośmiu lekarzy dentystów, 21 pielęgniarek i położnych, 25 osób z innego personelu medycznego (11 z wyższym i 14 ze średnim wykształceniem), 10 rejestratorek, jedną sekretarkę medyczną, 16 osób w administracji i siedem osób w obsłudze jednostki.

²² 27 lekarzy (18 na podstawie kontraktów i dziewięciu na podstawie umów zlecenia), jednego lekarza dentystę (na podstawie umowy zlecenia) oraz trzy pielęgniarki i położne, jedną rejestratorkę, sześć osób w administracji i osiem osób w obsłudze jednostki (na podstawie umów zlecenia).

²³ 26 lekarzy (21 na podstawie kontraktów i pięciu na podstawie umów zlecenia), jednego lekarza dentystę (na podstawie umowy zlecenia) oraz trzy pielęgniarki i położne, jedną osobę z innego personelu medycznego ze średnim wykształceniem, jedną rejestratorkę, sześć osób w administracji i cztery osoby w obsłudze jednostki (na podstawie umów zlecenia).

²⁴ 28 lekarzy (22 na podstawie kontraktów i sześciu na podstawie umów zlecenia), jednego lekarza dentystę (na podstawie umowy zlecenia) oraz trzy pielęgniarki i położne, jedną osobę z innego personelu medycznego ze średnim wykształceniem, jedną rejestratorkę, siedem osób w administracji i osiem osób w obsłudze jednostki (na podstawie umów zlecenia).

²⁵ 27 lekarzy (23 na podstawie kontraktów i czterech na podstawie umów zlecenia), jednego lekarza dentystę (na podstawie umowy zlecenia) oraz trzy pielęgniarki i położne, jedną osobę z innego personelu medycznego ze średnim wykształceniem, jedną rejestratorkę, siedem osób w administracji i sześć osób w obsłudze jednostki (na podstawie umów zlecenia).

²⁶ 27 lekarzy (23 na podstawie kontraktów i czterech na podstawie umów zlecenia), jednego lekarza dentystę (na podstawie umowy zlecenia) oraz trzy pielęgniarki i położne, jedną osobę z innego personelu medycznego ze średnim wykształceniem, jedną rejestratorkę, siedem osób w administracji i sześć osób w obsłudze jednostki (na podstawie umów zlecenia).

wsparcia personelu medycznego, w związku z rosnącymi kosztami zatrudnienia przy stałym poziomie finansowania świadczeń przez NFZ.

Dyrektor OLK wyjaśnił, że w jednostce tej nie występował niedobór kadry medycznej, a liczba personelu medycznego była dopasowana do zakresu zadań wynikających z kontraktu z NFZ. Ponadto wyjaśnił, że wprowadzenie w marcu 2020 r. teleporad spowodowało zmiany w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych i do obsługi linii telefonicznych skierowano rejestratorki i pielęgniarki z gabinetów mniej obciążonych teleporadami, a dodatkowo zwiększono obsługę pielęgniarską w gabinecie zabiegowym i na służbie sanitarnej²⁷.

(akta kontroli: tom II str. 354-359)

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:

- 2 988,7 tys. zł, 3 140,4 tys. zł i 2 988,9 tys. zł – łącznie 9 118,0 tys. zł²⁸ w ramach wynagrodzeń osobowych poniesionych na podstawie umów o pracę;
- 368,5 tys. zł, 365,5 tys. zł i 303,9 tys. zł – łącznie 1 037,9 tys. zł²⁹ w ramach wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie umów zlecenia;
- 530,6 tys. zł, 625,4 tys. zł i 474,3 tys. zł – łącznie 1 630,3 tys. zł w ramach usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów, zawartych z lekarzami.

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:

- 4,2 tys. zł³⁰, 4,5 tys. zł³¹ i 4,4 tys. zł³² w ramach wynagrodzeń osobowych poniesionych na podstawie umów o pracę;
- 2,4 tys. zł³³, 2,2 tys. zł³⁴ i 2,0 tys. zł³⁵ w ramach wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie umów zlecenia;
- 4,4 tys. zł, 5,1 tys. zł i 3,5 tys. zł w ramach usług obcych poniesionych na podstawie kontraktów zawartych z lekarzami.

(akta kontroli: tom II str. 381-384)

Udział kosztów z tytułu wynagrodzeń brutto (osobowych i bezosobowych) w kosztach działalności operacyjnej i w kosztach ogółem wyniósł 63,2% w 2019 r. oraz odpowiednio 62,5% i 63,2% w I półroczu 2020 r. Udział kosztów z tytułu usług

²⁷ Miejsce przy wejściu, w którym odbywał się pomiar temperatury ciała oraz dezynfekcja rąk każdej wchodzącej na teren OLK osoby.

²⁸ Lekarze 3 022,4 tys. zł, lekarze dentyści 722,2 tys. zł, pielęgniarki i położne 1 718,6 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 731,0 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 718,0 tys. zł, rejestratorki 43,7 tys. zł, sekretarki medyczne 54,3 tys. zł, administracja 1 334,6 tys. zł, obsługa 379,8 tys. zł.

²⁹ Lekarze 318,0 tys. zł, lekarze dentyści 4,9 tys. zł, pielęgniarki i położne 111,9 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 19,1 tys. zł, rejestratorki 40,7 tys. zł, administracja 261,2 tys. zł, obsługa 282,1 tys. zł.

³⁰ Lekarze 6,5 tys. zł, lekarze dentyści 4,2 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,2 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,3 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 2,8 tys. zł, rejestratorki 2,3 tys. zł, sekretarki medyczne 3,0 tys. zł, administracja 4,5 tys. zł, obsługa 2,3 tys. zł.

³¹ Lekarze 6,9 tys. zł, lekarze dentyści 4,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,7 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,9 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 3,0 tys. zł, rejestratorki 2,5 tys. zł, sekretarki medyczne 3,0 tys. zł, administracja 4,7 tys. zł, obsługa 2,3 tys. zł.

³² Lekarze 6,9 tys. zł, lekarze dentyści 4,5 tys. zł, pielęgniarki i położne 4,3 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,5 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 2,9 tys. zł, rejestratorki 2,5 tys. zł, sekretarki medyczne 3,0 tys. zł, administracja 4,6 tys. zł, obsługa 3,0 tys. zł.

³³ Lekarze 3,7 tys. zł, lekarze dentyści 0,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 2,1 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 0,8 tys. zł, rejestratorki 2,3 tys. zł, administracja 2,3 tys. zł, obsługa 1,9 tys. zł.

³⁴ Lekarze 4,3 tys. zł, lekarze dentyści 0,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 2,1 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 1,2 tys. zł, rejestratorki 2,1 tys. zł, administracja 1,8 tys. zł, obsługa 1,7 tys. zł.

³⁵ Lekarze 2,1 tys. zł, lekarze dentyści 0,2 tys. zł, pielęgniarki i położne 2,0 tys. zł, personel medyczny ze średnim wykształceniem 1,8 tys. zł, rejestratorki 2,4 tys. zł, administracja 2,1 tys. zł, obsługa 2,2 tys. zł.

obcych poniesionych na podstawie kontraktów w kosztach działalności operacyjnej oraz w kosztach ogółem wyniósł 10,7% w 2019 r. oraz 9,2% w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli: tom III str. 177-189)

W okresie objętym kontrolą istotne wzrosty średniego miesięcznego wynagrodzenia pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (porównując poszczególne półrocza do półrocza poprzedniego) wystąpiły w grupach: pielęgniarek, położnych i innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem (o 20,4% w II półroczu 2019 r.) oraz pracowników obsługi (o 29,2% w I półroczu 2020 r.), jak również w przypadku Dyrektora (o 65,9% w II półroczu 2019 r.). Jak wyjaśnił Dyrektor, było to spowodowane odpowiednio: podwyżką wynagrodzeń zasadniczych, wypłatą odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych oraz podniesieniem płacy minimalnej od 1 stycznia 2020 r., jak również wypłatą nagrody rocznej przyznanej przez Zarząd Województwa Śląskiego.

Wśród pracowników zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia istotne wzrosty średniego miesięcznego wynagrodzenia (porównując poszczególne półrocza do półrocza poprzedniego) wystąpiły w grupach: pracowników personelu medycznego ze średnim wykształceniem (o 56,2% w II półroczu 2019 r. i o 49,9% w I półroczu 2020 r.) oraz pracowników obsługi (o 31,3% w I półroczu 2020 r.). Jak wyjaśnił Dyrektor, było to spowodowane wzrostem minimalnej stawki godzinowej dla osób świadczących pracę na podstawie umowy zlecenia oraz świadczenie przez nich pracy przez większą liczbę godzin.

W I półroczu 2020 r., z uwagi na zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń spowodowane pandemią COVID-19, wystąpił istotny spadek wynagrodzeń (ogółem i średniego miesięcznego) lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia (o odpowiednio 60,5% i 49,9%³⁶) i na podstawie kontraktu (o odpowiednio 24,2% i 31,4%³⁷).

(akta kontroli: tom II str. 41, 180-182)

1.4. Organizacja udzielania świadczeń, zakres realizowanych zadań oraz podział kompetencji zapewniły w znacznej mierze odciążenie personelu medycznego od wykonywania czynności administracyjnych.

W OLK (na dzień 30 września 2020 r.) na stanowiskach niemedyceńskich było zatrudnionych (oprócz pracowników obsługi):

- 11 rejestratorek i jedna sekretarka medyczna (ich zakresy obowiązków przedstawiono poniżej);
- 23 pracowników administracji, w tym:
 - dwóch informatyków – do ich obowiązków należało m.in. zapewnienie ciągłości i poprawności działania systemu informatycznego oraz zarządzanie siecią komputerową OLK;
 - dwóch statystyków medycznych w Sekcji Statystyki Medycznej, do której należała weryfikacja danych medycznych wprowadzanych do systemu informatycznego i ich przetwarzanie.

(akta kontroli: tom II str. 354-359)

Sporządzaniem sprawozdań kierowanych przez OLK do Ministerstwa Zdrowia³⁸, Głównego Urzędu Statystycznego³⁹ i NFZ⁴⁰ zajmowało się pięciu pracowników

³⁶ Przy obliczeniu wielkości zmniejszenia nie uwzględniono wynagrodzeń lekarzy dentystów.

³⁷ Jw.

³⁸ Za pośrednictwem portalu Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

³⁹ Za pośrednictwem portalu sprawozdawczego Głównego Urzędu Statystycznego.

administracji (kierownik Działu Finansowo-Księgowego, kierownik Sekcji Kadrowo-Płacowej, kierownik i pracownik Sekcji Statystyki Medycznej oraz pracownik Sekcji Organizacji i Marketingu). Wyjątek stanowiły sprawozdania dotyczące kolejek oczekujących oraz pierwszych wolnych terminów (kierowane do NFZ), które sporządzała pomoc dentystyczna. Analiza zakresów obowiązków pracowników ww. komórek organizacyjnych wykazała, że obejmowały one m.in. zadania sprawozdawcze. W zakresie obowiązków pomocy dentystycznej uwzględniono, jako zadanie dodatkowe, prowadzenie list pacjentów oczekujących na świadczenie usług zdrowotnych.

(akta kontroli: tom II str. 364-380)

Jak wyjaśnił Dyrektor, z uwagi na zatrudnienie trzech lekarzy stomatologów w niepełnym wymiarze czasu pracy (0,75 etatu), przy zatrudnieniu pomocy dentystycznych na pełen etat, możliwe było przydzielenie jednej z nich dodatkowych zadań z zakresu sprawozdawczości do NFZ. W sprawie trybu przepływu informacji sprawozdawczych od personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych do personelu sporządzającego sprawozdania Dyrektor wyjaśnił, że potrzebne dane były gromadzone w systemach informatycznych (przede wszystkim w modułach systemu mMedica) po wprowadzeniu ich przez lekarzy do dokumentacji medycznej, a tylko incydentalnie lekarze wypełniali papierowe kupony systemu porad RUM⁴¹, które średni personel medyczny (rejestratorka, pielęgniarka) przekazywał codziennie do Sekcji Statystyki Medycznej i pracownik tej komórki organizacyjnej wprowadzał je do systemu informatycznego.

W OLK wypełnianiem indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej wydawanej pacjentowi (wystawianiem druków/zaświadczeń/skierowań – recept; e-ZLA; skierowań do poradni specjalistycznej, szpitala, na badania diagnostyczne; wniosków do sanatorium, o rehabilitację, o zaopatrzenie ortopedyczne) zajmowali się lekarze. Dyrektor wyjaśnił, że dokumenty wymagające podpisu/autoryzacji lekarza są formą orzeczenia lekarskiego. Były one wystawiane (po zaciągnięciu danych pacjenta) i autoryzowane w formie elektronicznej (program mMedica), a następnie przekazywane na platformę P1, co, zdaniem Dyrektora, znacznie uprościło ich tworzenie i nie występowała konieczność zatrudniania dodatkowego personelu do tych czynności, a tym samym zwiększania liczby osób z dostępem do danych wrażliwych.

Zadania w zakresie obsługi i rejestracji pacjenta (w tym wprowadzanie jego danych przy zakładaniu indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej); przyjmowania i weryfikacji deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ; włączania do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych przedłożonych przez pacjentów; udostępniania dokumentacji medycznej; wykonywały rejestratorki, a w przypadku poradni AOS, które miały odrębną rejestrację – również pielęgniarki/pielęgniarsz (poradnie urologiczna, diabetologiczna, gruźlicy i chorób płuc) i położne (poradnia ginekologiczna) oraz pomoce dentystyczne (poradnia stomatologiczna). Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy ci (personel medyczny) wykonują w ww. poradniach przede wszystkim czynności medyczne (zabiegi, pomiary, testy itp.), niezajmujące jednak całego czasu pracy lekarza, któremu asystują, stąd zadania związane z obsługą pacjenta mogą wykonać w normalnym czasie pracy, a zatrudnienie tam rejestratorek

⁴⁰ Za pośrednictwem portalu Systemu Zarządzania Obiegu 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.

⁴¹ Druki recept, skierowań lub rozliczania porad, na których lekarze odręcznie wpisywali informacje o wykonanych procedurach.

w szcątkowym wymiarze byłoby nieuzasadnione ze względów organizacyjnych oraz ekonomicznych.

(akta kontroli: tom II str. 205, 281-326, 424-428; tom III str. 194)

W OKL zatrudniono dwóch absolwentów kierunku studiów zdrowie publiczne, na stanowiskach technika analityki medycznej oraz dietetyka. Technik analityki medycznej, poza pobieraniem od pacjentów materiału do badań, miał w zakresie obowiązków takie zadania jak rejestrowanie pacjentów, wydawanie wyników badań, prowadzenie ksiąg i rejestrów badań oraz sprawozdawczości z wykonanych procedur. Do zakresu obowiązków dietetyka należało opracowywanie, na zlecenie lekarzy, receptur dietetycznych dla pacjentów chorych na cukrzycę, z zaburzeniami metabolicznymi, schorzeniami nerek, układu pokarmowego i krążenia; prowadzenie promocji zdrowia, dokumentowanie udzielonych porad oraz rejestrowanie świadczeń zdrowotnych w systemie informatycznym poradni diabetologicznej i metabolicznej.

(akta kontroli: tom II str. 145-148)

W wyniku badania zakresów obowiązków ośmiu pracowników personelu medycznego, tj. trzech lekarzy, trzech pielęgniarek i dwóch położnych POZ⁴² (33,3% pracowników POZ w ww. grupach zawodowych) ustalono, że nie zostali oni obciążeni obowiązkami o charakterze organizacyjno-administracyjnym.

(akta kontroli: tom II str. 205, 281, 360-363; tom III str. 3, 4, 34-50)

1.5. W wyniku badania kwalifikacji siedmiu (100,0%) pielęgniarek i położnych zatrudnionych w OLK w ramach POZ (stan na 30 września 2020 r.) ustalono, że spełniały one wymogi określone w odpowiednio art. 7 i art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁴³ oraz 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 przedsiębiorstwami⁴⁴. Pielęgniarki miały tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego albo ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Położne miały ukończony kurs kwalifikacyjny dla położnych środowiskowych/rodzinnych.

(akta kontroli: tom II str. 360-363; tom III str. 76-101)

1.6. W oparciu o dane zgromadzone w systemie informatycznym mMedica oraz harmonogramy pracy lekarzy ustalono, że w I i II półroczu 2019 r. oraz I półroczu 2020 r.:

- lekarze POZ udzielili odpowiednio 29 275 i 27 834 oraz 29 424 porad (w tym 11 154 teleporad, tj. 37,9%), a lekarze AOS – odpowiednio: 34 829 i 33 214 oraz 26 689 porad (w tym 9 066 teleporad, tj. 34,0%);
- lekarze POZ udzielili średnio (w przeliczeniu na jednego lekarza) odpowiednio 2 440 i 2 320 oraz 2 452 porad, a lekarze AOS – odpowiednio: 1 088 i 1 038 oraz 809 porad;
- średni czas udzielania rady przez lekarzy POZ wyniósł odpowiednio 19 i 20 oraz 19 minut, a przez lekarzy AOS – 21 i 22 oraz 27 minut.

⁴² Lekarzy i pielęgniarki dobrano losowo. Ponadto, badaniem objęto wszystkie położne POZ. Jedną z tych położnych była zatrudniona w ramach POZ na 1/3 etatu, a w ramach AOS (poradnia ginekologiczna) – w wymiarze 1/2 etatu. Badanie dotyczyło zakresu jej obowiązków w POZ.

⁴³ Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

⁴⁴ Dz.U. Nr 151, poz. 896.

W wyniku analizy powyższych danych ustalono, że w II półroczu 2019 r., w stosunku do poprzedniego półrocza, wzrosła liczba porad udzielonych w poradni onkologicznej (o 64%), spadła natomiast liczba porad udzielonych w poradniach: diabetologicznej, diabetologicznej dla dzieci i młodzieży oraz alergologicznej (o odpowiednio 27%, 22% oraz 24%). W I półroczu 2020 r., w porównaniu do poprzedniego półrocza, wystąpił spadek liczby porad udzielonych w poradniach: okulistycznej, laryngologicznej, onkologicznej, chirurgicznej, neurologicznej, dermatologicznej, diabetologii dla dzieci i młodzieży oraz metabolicznej (o odpowiednio 38%, 21%, 61%, 55%, 44%, 27%, 20% oraz 60%) oraz wzrost liczby porad udzielonych w poradni alergologicznej (o 37%). Jak wyjaśnił Dyrektor, zmiany liczby porad odnotowane w II półroczu 2019 r. wynikały ze zmian liczby świadczeń zakontraktowanych przez NFZ. Odnosnie I półrocza 2020 r. wyjaśnił, że spadek liczby porad w większości poradni był spowodowany rezygnacją pacjentów ze świadczeń w okresie rozwijającej się pandemii, a wzrost liczby porad udzielonych w poradni alergologicznej był związany z sezonowością objawów chorób diagnozowanych i leczonych w tej poradni (wiosennym nasileniem alergii).

(akta kontroli: tom II str. 203, 204, 385-387)

Personel pielęgniarski oraz położniczy zatrudniony w poradniach AOS: chirurgii ogólnej⁴⁵, diabetologicznej⁴⁶, kardiologicznej⁴⁷ i ginekologiczno-położniczej⁴⁸ nie spełniał wymogów określonych w załączniku nr 1a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁹ (*Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunków ich realizacji*), co uniemożliwiło zlecenie mu samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta.

Jak wyjaśnił Dyrektor, wymagany kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept jest organizowany w wersji nieodpłatnej tylko przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach (jedna lub dwie edycje rocznie z ograniczoną liczbą miejsc, każda edycja składa się z dwóch części), a możliwość jego ukończenia jest bardzo ograniczona w związku z długim czasem oczekiwania na zakwalifikowanie.

(akta kontroli: tom II str. 244, 361-363)

Według informacji przekazanych przez Dyrektora, w I półroczu 2019 r., II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r.:

- lekarze wystawili odpowiednio: 80, 387 i 497 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne; 8 367, 25 207 i 32 257 recept; 4, 5 i 2 karty DiLO⁵⁰; 96, 92, i 274 zwolnienia lekarskie; 1 296, 4 326 i 3 913 skierowań do poradni specjalistycznych; 877, 2 981 i 3 374 skierowania na badania diagnostyczne obrazowe; 1 307, 4 597 i 3 886 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej; 39, 46 i 23 skierowania do sanatorium; 62⁵¹, 511⁵² i 652⁵³ zaświadczenia lekarskie⁵⁴ lub orzeczenia; 109, 479 i 519 skierowań do szpitala; 1 092, 2 247

⁴⁵ Trzy pielęgniarki.

⁴⁶ Dwie pielęgniarki.

⁴⁷ Dwie pielęgniarki.

⁴⁸ Dwie pielęgniarki.

⁴⁹ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁵⁰ Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

⁵¹ Zaświadczenia o stanie zdrowia (druk ZUS OL-9) i inne.

⁵² Zaświadczenia o stanie zdrowia (druk ZUS OL-9), zaświadczenia dla zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności i inne.

⁵³ Zaświadczenia o stanie zdrowia (druk ZUS OL-9), zaświadczenia dla zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności i inne.

⁵⁴ Inne zaświadczenia dotyczyły przede wszystkim stanu zdrowia i wystawiane były na potrzeby szkół, zakładów pracy, ośrodków pomocy społecznej, szpitali (przed planowanymi zabiegami) oraz dla potrzeb rehabilitacji.

- i 2 568 informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego oraz 26, 71 i 77 zleceń na transport sanitarny;
- lekarze POZ wystawili średnio odpowiednio 22, 66 i 95 dokumentów, a lekarze AOS – odpowiednio 34, 91, i 193.

W sprawie istotnego wzrostu w II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. (w stosunku do półrocza poprzedniego) liczby większości z ww. dokumentów, Dyrektor wyjaśnił, że był on związany z trwającym procesem przechodzenia z papierowej na elektroniczną formę wystawiania dokumentów (przedstawione dane dotyczyły drugiej z ww. form prowadzenia dokumentacji).

(akta kontroli: tom II str. 186, 187, 388, 391)

W wyniku badania 11 zaświadczeń nieuregulowanych w przepisach powszechnie obowiązujących, wystawionych celem potwierdzenia karmienia dziecka piersią oraz potwierdzenia stanu zdrowia na potrzeby ośrodka pomocy społecznej (stanowiących 28,2% odpłatnych zaświadczeń wystawionych na życzenie pacjenta) stwierdzono, że wysokość opłat za ich wystawienie została ustalona zgodnie z cennikami wprowadzanymi zarządzeniami Dyrektora⁵⁵.

Jak wyjaśnił Dyrektor, w okresie objętym kontrolą nie wystawiano odpłatnych zaświadczeń, które poprzedzone były dodatkowymi badaniami.

(akta kontroli: tom II str. 185, 188-191)

1.7. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe⁵⁶ lekarze przeznaczali średnio 67,0% czasu trwania porady, a 33,0% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 11 lekarzy OLK podczas udzielania przez nich łącznie 360 świadczeń⁵⁷, wykazała że:

a) dla porad pierwszorazowych⁵⁸:

- średni czas trwania porady wyniósł 19,6 min (czas minimalny – 8 min, czas maksymalny – 40 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 7,2 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 23 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5,9 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 10 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 13,1 min (czas minimalny – 6 min, czas maksymalny – 29 min), co stanowiło 67,2% w średnim czasie trwania porady;
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 6,4 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 32,8% w średnim czasie trwania porady⁵⁹;

⁵⁵ Zarządzenia: nr 29/2018 z dnia 29 listopada 2018 r., nr 13/2019 z dnia 24 maja 2019 r., nr 14/2019 z dnia 30 sierpnia 2019 r., nr 24/2019 z dnia 29 listopada 2019 r., nr 8/2020 z dnia 24 lutego 2020 r. oraz nr 24/2020 z dnia 29 maja 2020 r.

⁵⁶ Dotyczy porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem (porady pierwszorazowe oraz kontynuacja leczenia).

⁵⁷ Wyłączono informacje otrzymane od dwóch lekarzy odnośnie 123 porad, gdyż nie dokonali oni podziału czasu trwania tych porad na etap badania oraz etap wypełniania dokumentacji medycznej i wykonywania innych czynności administracyjnych oraz 22 porady, w których czas badania podmiotowego lub przedmiotowego wynosił 0 min.

⁵⁸ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 38 świadczeń.

⁵⁹ 60,5% 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. 31,6 % porad pierwszorazowych poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne wyniósł 33,0% czasu trwania porady ogółem.

b) dla kontynuacji leczenia⁶⁰:

- średni czas trwania porady wyniósł 16,6 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 40 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5,5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 11,1 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 66,9% w łącznym średnim czasie trwania porady;
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 5,5 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 33,1% w łącznym średnim czasie trwania porady⁶¹;

c) dla teleporad⁶²:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 13,5 min (czas minimalny – 3 min., czas maksymalny – 40 min.);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 6,7 min (czas minimalny – 1 min., czas maksymalny – 20 min.);
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 6,5 min. (czas minimalny – 2 min., czas maksymalny – 20 min.), co stanowiło 47,8% w łącznym średnim czasie trwania porady.

W sprawie przyczyn wystąpienia przypadków, w których udział czasu trwania badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie trwania porady był mniejszy niż 70,0%, lekarze wyjaśnili, że było to związane: ze stanem zdrowia pacjenta, powodującym konieczność sporządzenia dokumentacji w szerszym zakresie (wypisania skierowania do specjalisty, recepty, informacji dla lekarza POZ, dokumentacji dla ZUS i innych instytucji); z dłuższym procesem podejmowania decyzji przy interpretacji wyników badań; z konieczności opisanie stwierdzonych zmian chorobowych; z krótkiego czasu trwania badań w trakcie wizyt kontrolnych.

(akta kontroli: tom II str. 152- 171, 219, 221, 223, 225, 227, 229, 231, 233, 236, 238, 240, 188-191; tom III str. 217-230)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) W Regulaminie organizacyjnym OLK, prezentując 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).

Dyrektor wyjaśnił, że porady udzielane za pośrednictwem środków łączności są jedynie inną formą porad udzielanych stacjonarnie, a nie odmiennym rodzajem działalności leczniczej czy odmiennym zakresem świadczeń zdrowotnych i nie

⁶⁰ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – łącznie analizie poddano 103 świadczenia.

⁶¹ 63,9% porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne były dłuższy niż 30,0% czasu trwania porady ogółem. 36,1% porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne wyniósł 33,0% czasu trwania porady ogółem.

⁶² Łącznie analizie poddano 219 teleporad.

wymagają odrębnego traktowania w regulaminie organizacyjnym. Nadmienił również, że teleporady nie zostały wyszczególnione w umowach z NFZ.

NIK zauważa, że Regulamin organizacyjny winien stanowić, w szczególności dla pacjenta, rzetelne źródło informacji nie tylko o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych, ale również o przebiegu procesu ich udzielania. Dokument prezentujący taki przebieg bez wskazania, że udzielanie świadczeń odbywa się również za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad), takiego wymogu w tym zakresie nie spełnia.

(akta kontroli: tom II str. 201, 329-348)

2) W wyniku badania indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej 10 świadczeń udzielonych pacjentom stwierdzono, że w czterech przypadkach (40,0%) w dokumentacji medycznej prowadzonej elektronicznie (w systemie mMedica) lekarze błędnie podali równocześnie dwa kody procedury, tj. 89.00 (porada lekarska) i 89.0099 (porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), w sytuacji gdy kody te powinny być podawane rozłącznie. Wskutek powyższego gromadzone w ww. systemie dane o liczbie porad udzielonych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i liczbie teleporad nie odzwierciedlały stanu rzeczywistego.

Lekarze odpowiedzialni za powyższą nieprawidłowość wyjaśnili, że była ona wynikiem pomyłki lub automatycznego podpowiadania kodu przez system. Dyrektor wskazał ponadto na niejasności wytycznych NFZ dotyczących sposobu kodowania porad i teleporad.

NIK zauważa, że lekarze udzielający pozostałych świadczeń objętych badaniem, pomimo wystąpienia powyższych okoliczności, podawali tylko jeden kod.

(akta kontroli: tom II str. 55, 204, 219, 221, 223; tom III str. 51-75)

3) W wyniku badania 10 skarg, które wpłynęły w okresie objętym kontrolą do OLK, stwierdzono, że w przypadku jednej, złożonej w lipcu 2020 r., forma i sposób przekazania skarżącemu odpowiedzi nie spełniały wymogów określonych w § 7 ust. 10-11 *Instrukcji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach – SPZOZ* (wysyłka listem poleconym odpowiedzi podpisanej przez Dyrektora), gdyż odpowiedź przekazano pocztą elektroniczną.

Jak wyjaśniła Przewodnicząca Zespołu Monitorowania Jakości Usług było to niedopatrzenie spowodowane nadmiernym obciążeniem zadaniami związanymi z występowaniem pandemii.

W dniu 12 października 2020 r. zmieniono ww. Instrukcję, dopuszczając możliwość wysłania odpowiedzi na skargę pocztą elektroniczną.

(akta kontroli: tom III str.131-147)

OCENA CZĄSTKOWA

W Regulaminie organizacyjnym oraz innych wewnętrznych procedurach obowiązujących w OLK określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono jednak porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad). Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki i położne nie miały jednak kwalifikacji uprawniających je do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, wskutek czego takich świadczeń nie udzielały. Niektóre pielęgniarki, oprócz zadań

o charakterze medycznym, wykonywały również czynności administracyjne. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 66,7% czasu trwania porady, a 33,3% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na błędnym podaniu kodów procedury w dokumentacji medycznej pacjentów w 40,0% zbadanych przypadków oraz niespełnieniu wymogów dotyczących formy i sposobu przekazania skarżącemu odpowiedzi na jedną z 10 objętych badaniem skarg.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. OLK został wyposażony w niezbędne narzędzia informatyczne wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, tj.:

- cztery systemy wspierające działalność medyczną:
 - mMedica⁶³ – moduły: Standard + (w tym Rozliczenia z NFZ, Plus (+), Gabinet), Dane do sprawozdań MZ/GUS, Moduł Stomatologiczny, Elektroniczna dokumentacja medyczna dla wersji "+", Menedżer eksportów dla wersji "+", Gabinet pielęgniarki;
 - PHOENIX⁶⁴ wspierający diagnostykę laboratoryjną;
 - JiveX⁶⁵ wspierający diagnostykę obrazową;
 - DBSWin⁶⁶ wspierający stomatologiczną diagnostykę obrazową;
- trzy systemy wspierające działalność administracyjną:
 - nfoMedica⁶⁷ – moduły: Kadry, Płace, Finanse, Księgowość, Koszty, Rejestr sprzedaży, Kasa, Środki trwałe⁶⁸, Wyposażenie⁶⁹, Gospodarka materiałowa;
 - Planowanie zamówień publicznych⁷⁰;
 - Płatnik (bezpłatny program udostępniony przez ZUS).

W OLK wykorzystywano wszystkie posiadane systemy i ich moduły. Systemy te nie były ze sobą zintegrowane. Według stanu na 5 października 2020 r., z funkcjonujących w OLK 83 stanowisk⁷¹ obsługi systemów informatycznych korzystało 125 użytkowników (11 pracowników administracji i 114 lekarzy, pielęgniarek, techników i rejestratorów).

(akta kontroli: tom I str. 8-85, 96-99, 138-140, 157, 237-244, 329; tom II str. 329-348)

⁶³ Zakupiony w 2009 r.

⁶⁴ Zakupiony i wdrożony w grudniu 2014 r.

⁶⁵ Zakupiony i wdrożony w czerwcu 2019 r.

⁶⁶ Zakupiony i wdrożony w grudniu 2015 r.

⁶⁷ Zakupiony i wdrożony w grudniu 2018 r.

⁶⁸ Moduł ułatwiał ewidencję majątku trwałego zakładu opieki zdrowotnej. Pozwalał na prowadzenie dokumentacji księgowej dla składników majątku w oparciu o dokumentację pierwotną. Usprawniał naliczanie umorzenia i amortyzacji dla aktywnych składników majątku trwałego. Umożliwiał prowadzenie dwóch różnych metod naliczania amortyzacji dla celów bilansowych oraz podatkowych zgodnych z obowiązującymi przepisami. Miał możliwość zapisu informacji o zmianach majątku trwałego jednostki wartościowo na kontach księgi głównej systemu Finansowo-Księgowego.

⁶⁹ Moduł wspierał ewidencję majątku trwałego niskocennego (umarzanego jednorazowo). W stosunku do modułu Środki Trwałe moduł Wyposażenie charakteryzował się uproszczonym sposobem ewidencji zmian w składnikach majątku trwałego umarzanym jednorazowo. Z uwagi na brak obowiązku wykazywania w księgach rachunkowych niskocennych składników majątku trwałego uproszczona ewidencja majątku trwałego niskocennego była dopuszczalna.

⁷⁰ Zakupiony i wdrożony w listopadzie 2004 r.

⁷¹ 74 stanowiska obsługi systemów informatycznych wspierających działalność medyczną oraz dziewięć – administracyjną.

Oględziny 10 pomieszczeń⁷² w siedzibie OLK wykazały, że pomieszczenia, w których udzielano świadczeń POZ i AOS, były wyposażone w zestaw komputerowy i drukarkę, a w pomieszczeniach rejestracji, oprócz zestawów komputerowych, znajdowały się urządzenia wielofunkcyjne.

OLK zapewniło inwentaryzację zasobów informatycznych, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 2 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 teleinformatycznych⁷³.

(akta kontroli: tom I str. 330-332, 334-339; tom III str. 315-330)

2.2. W okresie objętym kontrolą w OLK poniesiono koszty związane z nabyciem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych w wysokości 393,2 tys. zł (w 2019 r.) i 146,2 tys. zł (w okresie od stycznia do września 2020 r.), tj.:

1) na sprzęt komputerowy:

- 58,8 tys. zł w 2019 r. i 36,5 tys. zł w 2020 r. na zakup laptopów, komputerów i podzespołów komputerowych oraz na usługi ich skompletowania i złożenia;
- 216,0 tys. zł w 2019 r. na zakup urządzenia do ucyfrowienia aparatu RTG EDITOR HFe 501 wraz z systemem JiveX;

2) na eksploatację systemów informatycznych:

- 75,9 tys. zł w 2019 r. i 78,9 tys. zł w 2020 r. na zakup rocznych licencji systemów informatycznych mMedica i infoMedica, serwis oprogramowania mMedica, aktualizację oprogramowania Planowanie zamówień publicznych;
- 35,7 tys. zł w 2019 r. i 28,8 tys. zł w 2020 r. na zarządzanie siecią komputerową oraz zapewnienie ciągłości i poprawności działania systemu informatycznego;
- 4,5 tys. zł w 2019 r. i 1,9 tys. zł w 2020 r. na konserwację i naprawę urządzeń wielofunkcyjnych i drukarek;

3) na rozbudowę posiadanych systemów informatycznych (w tym: zakup licencji mMedica do modułów: Rozliczenia z NFZ, Plus (+), Gabinet, Moduł Stomatologiczny, Elektroniczna dokumentacja medyczna dla wersji „+”, Dane do sprawozdań MZ/GUS, Menedżer eksportów dla wersji „+”, Gabinet pielęgniarstwa) – 2,1 tys. zł w 2019 r. i 154,35 zł w 2020 r.

(akta kontroli: tom I str. 86-95, 369-370)

2.3. W okresie objętym kontrolą OLK przeprowadziło jedno postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie określonym w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷⁴, tj. postępowanie o udzielenie zamówienia na ucyfrowienie aparatu RTG w trybie przetargu nieograniczonego (w kwietniu 2019 r.). Przedmiot i wartość zamówienia określono rzetelnie (uwzględniono potrzebę integracji systemu służącego do ucyfrowienia aparatu RTG z systemem mMedica wykorzystywanym w OLK). Postępowanie przeprowadzono zgodnie z przepisami ww. ustawy. W wyniku jego rozstrzygnięcia z wybranym wykonawcą zawarto umowę, która została zrealizowana prawidłowo pod względem

⁷² Pięciu pomieszczeń POZ oraz pięciu pomieszczeń AOS (poradni ginekologicznej, poradni alergologicznej, poradni diabetologicznej i poradni urologicznej).

⁷³ Dz.U. z 2017 r. poz. 2247.

⁷⁴ Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm. Dalej: ustawa Pzp.

przedmiotu zamówienia, terminu realizacji (w ciągu 42 dni od daty podpisania umowy⁷⁵) i wysokości wypłaconego wynagrodzenia (216,0 tys. zł).

W przypadku pozostałych zakupów, o których mowa w pkt 2.2., w myśl art. 4 pkt 8 ustawy Pzp nie stosowano trybów określonych w tej ustawie, z uwagi na to, że wartość zamówienia nie przekroczyła 30,0 tys. euro.

Wdrożenie ucyfrowienia aparatu RTG oraz przekazanie do użytkowania zakupionego sprzętu komputerowego nastąpiło bez zbędnej zwłoki.

W okresie objętym kontrolą, nabycie 10 zestawów komputerowych o łącznej wartości 53,0 tys. zł nastąpiło w wyniku zawarcia umów zlecenia, których przedmiotem było skompletowanie oraz złożenie jednostki komputerowej (zestawu komputerowego)⁷⁶. W umowach tych wynagrodzenie zleceniobiorcy określono w kwotach wyższych od stawek za tego typu usługi, oferowanych przez wybrane w celach porównawczych firmy komputerowe, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 100-107, 108-118, 141, 143, 237-242, 325, 328, 376, 457-464, 471-473; tom III str. 260-301, 350-352)

2.4. W wyniku oględzin funkcjonującego w OLK systemu mMedica, przeprowadzonych w dniu 26 października 2020 r. przy udziale specjalisty w dziedzinie informatyki powołanego na podstawie art. 49 ust. 4 ustawy o NIK, 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 osób uprawnionych 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 PUE⁷⁷ (lekarze w OLK 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 zawodu⁷⁸ oraz podpis⁷⁹);

⁷⁵ Protokół odbioru z dnia 11 czerwca 2019 r.

⁷⁶ W szczególności: zdefiniowanie konfiguracji jednostki komputerowej i specyfikacji sprzętu odpowiednich dla potrzeb użytkownika; dokonanie zamówienia wszystkich elementów składowych jednostki komputerowej (podzespołów i nośników oprogramowania); montaż podzespołów i ich testowanie, w tym 72-godzinne wygrzewanie sprzętu; instalacja oprogramowania systemowego i wszystkich dostępnych aktualizacji i poprawek; instalacja oprogramowania użytkownika i wszystkich dostępnych aktualizacji i poprawek; finalna kontrola oprogramowania dostępnym programem antywirusowym.

⁷⁷ Platforma Usług Elektronicznych.

⁷⁸ 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, informacja dla lekarza kierującego/POZ.

⁷⁹ Ustalono dla następujących dokumentów: e-sprawozdanie, e-recepta, e-skierowanie, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, informacja dla lekarza kierującego/POZ.

- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w standardach HL7 CDA⁸⁰ oraz zapisu diagnostyki obrazowej w standardach DICOM⁸¹;
- możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

W wyniku oględzin ustalono również, że:

- system nie prezentował pełnej historii zmian dokumentacji medycznej, wraz z informacją o użytkowniku modyfikującym dokument w formie elektronicznej i czasie dokonania modyfikacji (widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja);
- system nie zapewniał możliwości dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM.

W dniu 16 listopada 2020 r. (w trakcie niniejszej kontroli) informatyk obsługujący system mMedica przekazał kontrolerom NIK informację, z której wynikało, że zapewniono prezentowanie przez system mMedica pełnej historii zmian dokumentacji medycznej wraz z informacją o użytkowniku dokonującym modyfikacji i czasie modyfikacji.

W sprawie braku możliwości dystrybuowania diagnostyki obrazowej Dyrektor wyjaśnił: *„W zakładzie na razie nie wdrożono przesyłania obrazu z systemu Jivex do systemu medycznego mMedica, ponieważ wymaga to zakupu dodatkowych modułów eWyniki Diag – wydatek roczny 4 433 zł netto. Jest to zbędny wydatek ponieważ system Jivex ma wbudowane funkcjonalności: RIS, PACS, DICOM Viewer oraz badań Video, udostępnione na każdym stanowisku lekarskim. Dostęp do diagnostyki obrazowej dla lekarza odbywa się przez wewnętrzny portal sieciowy (dystrybuowanie wewnątrz zakładu)”*.

(akta kontroli: tom I str. 155-175, 202-236, 325-328, 522-526; tom III str. 348-353)

2.5. W OLK zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Dotyczyło to m.in. historii zdrowia i choroby, skierowania do laboratorium, skierowania do pracowni diagnostycznej, recepty, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Część dokumentacji (w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej i położnej środowiskowej) prowadzono jednak w formie papierowej. W tej sprawie Dyrektor wyjaśnił: *„Na dzień dzisiejszy producent oprogramowania systemowego mMedica nie udostępnia finalnej (użytkowej) wersji EDM dla ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, ale zapewnia, że taka wersja będzie udostępniona do 31 grudnia 2020 r. Zakup i uruchomienie modułów EDM z przeznaczeniem dla pielęgniarstwa środowiskowej i położnej środowiskowej planowany jest na IV kwartał 2020 r.”*

Lekarze prowadzili samodzielnie dokumentację medyczną w systemie mMedica, z wyjątkiem lekarza radiologa, który pracował w systemie Jivex.

Dane gromadzone w systemie mMedica zostały właściwie zabezpieczone. Obsługa systemu zajmował się informatyk zatrudniony na podstawie umowy zlecenia, którego upoważniono do przetwarzania danych osobowych. System mMedica był zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem (identyfikator użytkownika, hasło). Uprawnienia dostępu do systemu były nadawane wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska. W OLK obowiązywała *Polityka*

⁸⁰ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

⁸¹ DICOM – standard przesyłania, przechowywania, pobierania, drukowania, przetwarzania i wyświetlania informacji z obrazowania medycznego.

(akta kontroli: tom I str. 141-144, 155, 163-164, 202-236, 245-314, 325-327; tom III str. 309-311, 313, 369-382))

2.6. W wyniku oględzin funkcjonującego w OLK systemu mMedica, o których mowa powyżej w pkt 2.4., ustalono również, że system ten nie stanowił w pełni sprawnego narzędzia wspierającego pracę personelu medycznego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

System mMedica:

- pozwalał na zlokalizowanie w jednym oknie dostępu do najczęściej używanych funkcji (np. w jednym oknie odbywała się obsługa wizyty w zakresie wywiadu, badania, opisu wizyty, ewidencji rozpoznania ICD-10⁸² oraz wglądu do poprzedniej wizyty; wystawianie zleceń, e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, ewidencja procedur ICD-9⁸³ odbywały się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu po lewej stronie ekranu);
- umożliwiał wgląd do wpisów z poprzednich wizyt; pozwalał na tworzenie własnych notatek (po autoryzacji wizyty); miał dostęp do bazy leków Pharmindex (aktualizującej się automatycznie, każdorazowo po wprowadzeniu zmian w tej bazie) i ich kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych; umożliwiał automatyczne wystawienie recepty na podstawie danych z poprzedniej recepty (były one archiwizowane);
- pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ;
- zapewniał interoperacyjność z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” w zakresie e-recepty i e-skierowania;
- miał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10, który upraszcza tworzenie dokumentacji oraz skraca czas potrzebny na formalności podczas wizyty;
- miał zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego, wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom z możliwością ich ewidencjonowania, modyfikowania oraz drukowania⁸⁴;
- umożliwiał wystawianie zwolnień elektronicznych oraz zapewniał integrację z systemem ZUS, w celu umożliwienia pobrania listy zakładów pracy pacjenta;
- był zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta⁸⁵;
- zapewniał możliwość niezależnego uzupełniania dokumentów przez poszczególne grupy personelu (lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek) bez

⁸² Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób.

⁸³ Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych.

⁸⁴ Elektroniczne formularze wypełniali lekarze i położne. Lekarze wypełniali następujące formularze: skierowanie na badania laboratoryjne, skierowanie na badanie diagnostyczne, skierowanie do specjalisty, skierowanie do szpitala, skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne, skierowanie do opieki długoterminowej, skierowanie do sanatorium, skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową, zlecenie na transport sanitarny, zlecenie dla pielęgniarki/położnej, zaopatrzenie rehabilitacyjne, zaświadczenie lekarskie, druk OL-9, druk N-14, druk PR-4, zaświadczenie dla zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, zaświadczenie przed szczepieniem, informacja dla lekarza kierującego. Położne wypełniały formularz badania cytologicznego.

⁸⁵ W 2019 r. i 2020 r. (do 30 września) system eWUŚ nie potwierdził uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych odpowiednio 8 387 i 3 546 osób, co stanowiło odpowiednio 2,4% i 1,9% udzielonych w tych okresach świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (349 162 i 189 162). Liczba osób, które złożyły oświadczenie o przysługującym im prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, wyniosła w 2019 r. 1 141, a w 2020 r. (do 30 września) 984. Dyrektor wyjaśnił: „Oświadczenia (...) przyjmowane są każdorazowo w dniu udzielania świadczenia przez pracownika rejestracji i przekazywane do Sekcji Statystyki Medycznej, gdzie są przechowywane w archiwum tej sekcji przez okres 10 lat”.

- wzajemnej blokady; umożliwiał (dla mających odpowiednie uprawnienia) podgląd informacji wprowadzonych przez inną grupę;
- był na bieżąco aktualizowany (aktualizacja nie odbywała się automatycznie i każdorazowo wymagała pomocy zespołu IT);

W wyniku oględzin ustalono również, że system mMedica:

- był wyłącznie stacjonarny, bez możliwości pracy na urządzeniach przenośnych (tabletach, smartfonach), wykorzystywany w jednej lokalizacji;
- nie umożliwiał elektronicznej rejestracji wizyt w przychodni opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy POZ i specjalistów, jak również wysyłki automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżającej się wizycie w formie e-mail lub wiadomości sms;
- nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej⁸⁶. Wyniki badań mogły być jedynie ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika;
- nie pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń (sprawozdania do NFZ sporządzał Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej, z wyjątkiem sprawozdań dotyczących kolejek oczekujących oraz pierwszych wolnych terminów, które sporządzała pomoc dentystyczna, co opisano w pkt 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

Dyrektor wyjaśnił: *„Zakład nie planuje w 2020 r. zakupu i udostępnienia pacjentom „automatycznej” rejestracji do świadczeń zdrowotnych działającej w oparciu o aktualne grafiki pracy lekarzy POZ i AOS. Wprowadzenie takiego rozwiązania będzie natomiast możliwe po spełnieniu dwóch warunków:*

- *producenci takiego rozwiązania poprawią (udoskonalą) algorytmy stosowane w przypadku nieprzewidzianych absencji personelu medycznego (automatyczne przesunięcia w kolejkach oczekujących z zachowaniem priorytetów (ustawowych uprawnień niektórych grup pacjentów) w dostępie do świadczeń i automatyczne powiadomienia pacjentów o tych zmianach),*
- *w obowiązującym systemie prawnym wprowadzone zostaną mechanizmy dyscyplinujące pacjentów w sytuacjach rezygnacji z zaplanowanych świadczeń – brak obowiązku takiej informacji ze strony pacjenta jest przyczyną ~30% „pustych” terminów porad i znacznych strat finansowych u tych świadczeniodawców, którzy już wprowadzili „automatyczną” rejestrację”.*

Ponadto, Dyrektor poinformował o końcowej fazie zakupu i uruchomienia oprogramowania służącego do eksportu danych z laboratorium analitycznego bezpośrednio do systemu mMedica.

(akta kontroli: tom I str. 155, 164-171, 179, 181, 192-194, 196, 325-328, 477-520; tom II str. 197-200, 205; tom III str. 344-345)

W wyniku badania ankietowego opinii o wykorzystywanym w OLK systemie mMedica, przeprowadzonego w grupie 10 lekarzy, stwierdzono, że:

- w czterech przypadkach oceniono system jako narzędzie wspierające pracę, w czterech przypadkach – jako narzędzie utrudniające i wydłużające pracę, w jednym przypadku ankietowany stwierdził, że system informatyczny absorbuje czas na równi z wypełnianiem dokumentów w formie papierowej, w jednym

⁸⁶ System nie był zintegrowany z innymi rozwiązaniami opartymi o standard HL7. W rezultacie lekarze nie mieli automatycznego wglądu w tym systemie do wyników badań diagnostycznych.

przypadku oceniono system jako mieszany (pewne czynności przebiegają sprawnie, a inne zabierają więcej czasu);

- w czterech przypadkach oceniono system jako intuicyjny, a w sześciu przypadkach – jako nieintuicyjny w obsłudze;
- we wszystkich przypadkach ankietowani zostali przeszkoleni z obsługi systemu;
- w pięciu przypadkach ankietowani nie wymagali wsparcia, a w pięciu przypadkach – wymagali wsparcia ze strony innych osób w obsłudze systemu.

W wyniku badania ankietowego opinii o wykorzystywanym w OLK systemie mMedica, przeprowadzonego w grupie 10 pielęgniarek i trzech położnych, stwierdzono, że wszystkie ankietowane oceniły system jako narzędzie intuicyjne i wspierające pracę. We wszystkich przypadkach ankietowane zostały przeszkolone z obsługi systemu i nie wymagały w tym zakresie wsparcia ze strony innych osób.

(akta kontroli: tom I str. 155, 164-171, 179, 181, 192-194, 196, 343-368;
tom III str. 346-347)

Z Rejestru zgłoszeń awarii sprzętu i oprogramowania komputerowego wynikało, że w okresie objętym kontrolą wystąpiły dwa zgłoszenia informatykom OLK awarii systemu mMedica. W dniu 5 kwietnia 2019 r. z poradni alergologicznej wpłynęło zgłoszenie problemu z zalogowaniem się do systemu, a w dniu 21 stycznia 2020 r. z Sekcji Statystyki Medycznej wpłynęło zgłoszenie braku systemu w pok. 45. W rejestrze tym nie odnotowywano czasu reakcji na zgłoszenie, ani czasu usuwania awarii.

(akta kontroli: tom III str. 341-343)

2.7. OLK 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 22 lipca 2019 r., tj. w terminie określonym w art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁸⁷ (31 grudnia 2019 r.).

Dyrektor wyjaśnił: „Zakład nie dysponuje narzędziami do ewidencjonowania recept wystawianych w wersji papierowej (tym bardziej, że mogą być one wystawiane przez lekarzy także poza zakładem, poza godzinami pracy i na zwykłych drukach niepodlegających ewidencjonowaniu)...”. Jako prawdopodobną przyczynę wystawiania recept w wersji papierowej wskazał występujące przerwy w dostawie prądu.

Pierwsze e-skierowanie w Systemie Informacji Medycznej⁸⁸ wystawiono 16 stycznia 2020 r. W oparciu o dane zgromadzone w systemie informatycznym mMedica ustalono, że liczba wystawionych elektronicznie skierowań wyniosła w 2019 r. 16 057, a w 2020 (do 30 września) – 19 757, w tym 1 312 (6,6%) stanowiły e-skierowania⁸⁹.

W 2019 r. w SIM wystawiono 33 574 recepty, a w 2020 r. (do 30 września) – 47 512. Nie było możliwe ustalenie liczby skierowań i recept wystawionych łącznie.

(akta kontroli: tom I str. 155-173, 179-180, 195; tom III str. 213, 231-232, 383-385)

2.8. Lekarze zatrudnieni w OLK nie upoważnili za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept. Jak wyjaśnił Dyrektor: „Wystawianie

⁸⁷ Dz.U. z 2020 poz. 702, ze zm.

⁸⁸ Dalej: SIM.

⁸⁹ 68 skierowań do szpitala i 1244 skierowania do poradni specjalistycznej.

dokumentów wymagających podpisu (autoryzacji) lekarza należy do obowiązków i wyłącznych kompetencji lekarzy, gdyż wszystkie są formą orzeczenia lekarskiego. Na dzień dzisiejszy zatrudnionych jest – i współpracujących w ramach umów cywilnych – 51 lekarzy. Wszystkie podstawowe dokumenty (...) są wystawiane w programie mMedica w sposób „półautomatyczny” (dane pacjenta, rozpoznanie etc. pobierane jest z zakładowej bazy EDM), co znacząco upraszcza tworzenie tych dokumentów. Recepty, skierowania do specjalisty, skierowania do szpitala, e-ZLA i wnioski o zaopatrzenie ortopedyczne i w środki pomocnicze wystawiane są w wersji elektronicznej, autoryzowane elektronicznie i przekazywane na platformę P1 (...). Taki tryb wystawiania dokumentów wyklucza konieczność zatrudniania dodatkowego personelu do tych czynności, a przez to znacząco zmniejsza liczbę osób z dostępem do informacji wrażliwych”. Do wystawiania e-recept i e-zwolnień lekarze nie upoważnili innych pracowników OLK z uwagi na, jak wyjaśnił Dyrektor, „...przekonanie lekarzy o wątpliwych korzyściach z „odciążenia” ich – komunikowanie się z personelem pomocniczym także wymaga czasu i uwagi, lekarz wystawiając te dokumenty ma możliwość podejrzenia poprzednich zleceń i poprzednio wystawionych e-ZLA (także przez innych lekarzy), co zmniejsza ryzyko błędów, a ponadto – w trakcie czynności wystawiania e-recepty – lekarz formułuje i przekazuje pacjentowi sposób stosowania leków i inne zalecenia z tym związane, jak również przekonanie samych pacjentów, którzy informacje na temat terapii i zaleceń, pochodzące wprost od lekarza, traktują jako bardziej wiarygodne niż te, pochodzące od innych pracowników niebędących lekarzami”.

Wszyscy lekarze odbyli szkolenie w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Szkolenie w okresie od 4 marca do 30 kwietnia 2019 r. przeprowadził informatyk obsługujący system mMedica.

(akta kontroli: tom I str. 315-324, 343, 348-355; tom III 241-243,247)

2.9. Dyrektor odmówił⁹⁰ podjęcia działań w celu zaangażowania lekarzy do wykonywania czynności będących przedmiotem zaplanowanych oględzin procesu wypełniania formularzy, w celu dokonania pomiaru czasu trwania tej czynności⁹¹ i wyjaśnił: „...z uwagi na rozmiar tego badania i konieczność poświęcenia mu kilku godzin przez każdego wyznaczonego lekarza — z uwagi na aktualne liczne absencje chorobowe w tej grupie zawodowej wynikające z izolacji i kwarantanny personelu w szczytowym okresie pandemii CoVid-19 (szczególnie w województwie śląskim) — nie jestem w stanie wskazać lekarzy, których wyłączenie z pracy zawodowej nie stanowiłoby zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego obsługiwanej populacji pacjentów”.

(akta kontroli: tom III str. 253-259)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W OLK niegospodarnie wydatkowano kwotę 15 800,00 zł z tytułu umów zlecenia na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych, co stanowiło 2,9% kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych.

⁹⁰ W piśmie z dnia 18 listopada 2020 r.

⁹¹ 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.

W dniach 15 stycznia, 1, 11, 28 lutego i 15 kwietnia 2019 r. oraz 18 lutego 2020 r. Dyrektor zawarł ze zleceniobiorcą sześć umów zlecenia na skompletowanie i złożenie 10 jednostek komputerowych (zestawów komputerowych) za wynagrodzeniem 1 900,00 zł/szt. w 2019 r. i 1 800,00 zł/szt. w 2020 r. (łącznie zleceniobiorcy zapłacono 18 800,00 zł, z tego 15 200,00 zł w 2019 r. i 3 600,00 zł w 2020 r.), w sytuacji gdy stawki za tego typu usługi, oferowane przez wybrane przez NIK w celach porównawczych firmy komputerowe (w tym sklepy, w których zakupiono podzespoły do montażu zestawów komputerowych), nie przekraczały 300,00 zł/szt.⁹² Łączny koszt nabycia zestawów komputerowych (z tytułu usług skompletowania i złożenia zestawów oraz z tytułu zakupu podzespołów) wyniósł 52 991,98 zł⁹³, a koszt jednostkowy – od 4 615,53 zł do 6 364,93 zł (średnio 5 299,20 zł), w tym koszt jednostkowy z tytułu usług skompletowania i złożenia zestawu komputerowego stanowił od 29,9% do 41,2% (średnio 35,9%).

W sprawie nabycia zestawów komputerowych w wyniku zawarcia umów zlecenia na skompletowanie i złożenie podzespołów komputerowych, Dyrektor wyjaśnił m.in.:

- przyjęte rozwiązanie jest bardziej niezawodne i bezpieczniejsze dla OLK – kluczowym wymogiem wobec instalowanego w gabinetach sprzętu komputerowego jest jego niezawodność w związku z potrzebą realizacji świadczeń w zadeklarowanych dniach i godzinach. Niezawodność ta została potwierdzona zerową awaryjnością sprzętu komputerowego. Gotowe zestawy komputerowe oferowane w handlu detalicznym (OLK nie jest jednostką zamawiającą ilości hurtowe, przy których mógłby dyktować warunki jakościowe i cenowe) charakteryzują się natomiast niską jakością oraz są objęte tradycyjną gwarancją i naprawami w serwisie (gwarancja ta nie obejmuje instalacji sprzętu, zainstalowanego oprogramowania systemowego ani użytkowego, jak również usługi wymiany sprzętu typu „door to door”);
- przyjęte rozwiązanie jest tańsze dla OLK – usługa skompletowania i złożenia podzespołów komputerowych świadczona przez zleceniobiorcę obejmuje określenie konfiguracji, zamówienie, odebranie i montaż podzespołów, 72-godzinne testowanie sprzętu, instalację oprogramowań (systemowego, użytkownika, antywirusowego, wraz z aktualizacjami i poprawkami), dostarczenie całego sprzętu do OLK, zainstalowanie go we wskazanym gabinecie, podłączenie do zakładowej sieci komputerowej i do domeny zakładowej, zainstalowanie sterowników do urządzeń peryferyjnych, skalowanie drukarki, końcowe testowanie działania całego zestawu. Według oświadczenia wykonawcy składanego po sfinalizowaniu umowy wszystkie te czynności zajmowały średnio ok. 76 godz./szt., co daje średnie wynagrodzenie w umowach z 2019 r. w wysokości 25,00 zł/godz., a w umowach z 2020 r. – 23,68 zł/godz., natomiast zewnętrzne firmy informatyczne oferują taki zakres usług w cenie od 90,00 do 300,00 zł/godz. netto, a ponadto wymagają zwrotu kosztów dojazdu.

⁹² x-kom (<https://www.x-kom.pl/montaz>): 79,00 zł za montaż, 99,00 zł za montaż i instalację systemu operacyjnego; MORELE.NET (<https://www.morele.net/montaz-komputera-266770/>): 105,00 zł za montaż i testowanie zestawu komputerowego; Komputronik (<https://www.komputronik.pl/product/119826/montaz-komputera.html>): 199,00 za montaż i testowanie zestawu komputerowego; Składamy Komputery (<https://skladamy-komputery.pl/skladanie-komputerow-i-wymiana-podzespolow.html>): 150,00 zł za składanie komputera wraz z jego wysyłką, 110,00 zł za doradztwo, skompletowanie i złożenie zestawu komputerowego, 170,00 zł za doradztwo, skompletowanie i złożenie zestawu komputerowego wraz z wysyłką; CompNet (<http://www.compnet.com.pl/cennik-2/>): od 50,00 zł do 100,00 zł za złożenie komputera z podzespołów klienta, 20,00 zł za instalację sterowników, 30,00 zł za instalację urządzeń peryferyjnych (drukarek, skanerów), 50,00 zł za instalację systemu operacyjnego Windows; COMSTAR – Serwis Komputerowy (<https://comstar.net.pl/cennik/>): od 80,00 zł do 150,00 zł za złożenie komputera z części klienta, od 100,00 zł do 150,00 zł za instalację systemu operacyjnego Windows + sterowniki, poczta, antywirus, oprogramowanie.

⁹³ Z tego 43 241,04 zł w 2019 r. i 9 750,94 zł w 2020 r.

NIK zauważa, iż z wyliczenia przedstawionego przez Dyrektora wynika, że na wykonanie takich czynności jak: określenie konfiguracji, zamówienie, odebranie i montaż podzespołów, instalacja oprogramowań, dostarczenie całego sprzętu do OLK, zainstalowanie go we wskazanym gabinecie, podłączenie do zakładowej sieci komputerowej i do domeny zakładowej, zainstalowanie sterowników do urządzeń peryferyjnych, skalowanie drukarki oraz końcowe testowanie działania całego zestawu, zleceniobiorca poświęcał średnio cztery godziny, na które proporcjonalnie przypadło wynagrodzenie w kwocie 100,00 zł/szt. w 2019 r. i 94,72 zł/szt. w 2020 r. Pozostałe 72 godziny winny być (zgodnie z umową) poświęcone na testowanie sprzętu, za co proporcjonalnie przypadło wynagrodzenie w kwocie 1 800,00 zł/szt. w 2019 r. i 1 704,96/szt. w 2020 r., w sytuacji gdy stawki za montaż i testowanie zestawu komputerowego, oferowane przez wybrane w celach porównawczych firmy komputerowe, nie przekraczały 200,00 zł⁹⁴.

Dyrektor wyjaśnił ponadto, że kluczowym wymogiem wobec sprzętu komputerowego jest jednak jego niezawodność, a gotowe komputery charakteryzują się niską jakością. Nie wskazał jednakże okoliczności potwierdzających, że zestawy komputerowe złożone z podzespołów przez zleceniobiorcę są bardziej niezawodne niż komputery złożone przez producenta, oferowane przez działające na rynku wyspecjalizowane sklepy. Dyrektor wskazał również na mankamenty tradycyjnej gwarancji na zakupiony komputer oraz wyjaśnił, że *„Zupełnie niemożliwa do zaakceptowania byłaby sytuacja konieczności demontażu sprzętu w razie awarii, jego transport do/z zewnętrznego serwisu i czas oczekiwania na naprawę od kilku do kilkunastu dni. Z kolei naprawa przez własny personel (ingerencja w sprzęt „złożony” przez producenta czy dostawcę) automatycznie powodowałaby utratę gwarancji”*.

NIK zwraca uwagę, że decyzja o nabyciu komputera poprzez zlecenie montażu podzespołów powoduje, że nie jest on w ogóle objęty taką gwarancją (w umowach na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych zleceniobiorca nie udzielił gwarancji na te jednostki). W razie awarii powstaje zatem konieczność jej usunięcia we własnym zakresie na własny koszt (ewentualnie skorzystania z gwarancji na dany podzespół, jeśli stwierdzona zostanie jego awaria). Usuwanie awarii sprzętu komputerowego należało do zadań tego samego zleceniobiorcy na podstawie odrębnych umów, których przedmiotem była bieżąca konserwacja sprzętu komputerowego za wynagrodzeniem 1 370,00 zł miesięcznie, przy czym w umowach tych nie określono terminu, w jakim zleceniobiorca zobowiązuje się usunąć awarię.

(akta kontroli: tom I 369-375, 377-414, 422-433, 443-456, 465-470; tom III 331-340, 386-395)

OCENA CZĄSTKOWA

OLK 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 udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. System nie był bowiem zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Nie umożliwiał również elektronicznej rejestracji wizyt w przychodni opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy. W OLK zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Część

⁹⁴ MORELE.NET (<https://www.morele.net/montaz-komputera-266770/>): 105,00 zł za montaż i testowanie zestawu komputerowego; Komputronik (<https://www.komputronik.pl/product/119826/montaz-komputera.html>): 199,00 za montaż i testowanie zestawu komputerowego;

dokumentacji (w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej i położnej środowiskowej) prowadzono jednak w formie papierowej, co było związane z brakiem mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica. Terminowo podłączono system informatyczny OLK do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, co umożliwiło wystawianie e-recept oraz e-skierowań. Lekarze nie 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 i e-recept. Stwierdzona nieprawidłowość polegała na niegospodarnym wydatkowaniu kwoty 15,8 tys. zł z tytułu umów zlecenia na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych, co stanowiło 2,9% kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi zwraca uwagę na potrzebę zweryfikowania sposobu nabywania zestawów komputerowych, w celu zapewnienia gospodarnego wydatkowania środków publicznych

Wnioski i wnosi o:

1. uwzględnienie w Regulaminie organizacyjnym przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad);
2. podjęcie działań w celu skorygowania błędnych kodów procedur w dokumentacji medycznej pacjentów.

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 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

Katowice, dnia 15 stycznia 2021 r.

Kontroler
Bogusława Pala
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....