



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.029.04.2020

Pani
Agnieszka Wójcik
Kierownik
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Gminnego Ośrodka Zdrowia w Poraju
ul. 3 Maja 25
42-360 Poraj

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 Gminny Ośrodek Zdrowia w Poraju ul. 3 Maja 25 42-360 Poraj ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Wójcik Kierownik SPZOZ ² , od 2 maja 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 (8 stycznia 2021 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
Kontroler	1. Wojciech Graca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/255/2020 z 15 września 2020 r. oraz nr LKA/312/2020 z 20 listopada 2020 r. 2. Michał Nowak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/258/2020 z 16 września 2020 r., nr LKA/311/2020 z 20 listopada 2020 r. oraz nr LKA/4/2021 z 5 stycznia 2021 r.

(akta kontroli str. 1-11)

¹ Dalej: SPZOZ.

² W trakcie kontroli NIK (z wyjątkiem dni 7 i 8 stycznia 2021 r.) przebywała na zwolnieniu lekarskim i urlopie, a osobą upoważnioną do jej zastępowania była Pani Aneta Sowińska Główna Księgowa.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych, zapewniła realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Udzielano ich zarówno bezpośrednio, jak i w formie teleporad. W wewnętrznych procedurach obowiązujących w SPZOZ określono zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki zatrudnionej w poradni kardiologicznej, z kwalifikacjami uprawniającymi do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, nie zlecono jednak wykonywania takiego świadczenia. Personel medyczny (w szczególności pielęgniarki), oprócz zadań o charakterze medycznym, wykonywał również czynności administracyjne, przy wsparciu rejestratorek. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 69,4% czasu trwania porady, a 30,6% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne, nie korzystając z możliwości upoważnienia osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w imieniu lekarzy 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 udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Nie zapewniono bowiem dostępności tego systemu w prowadzonych gabinetach higieny szkolnej, system nie był również zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. W SPZOZ zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w zakresie świadczeń 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:

1. Regulamin organizacyjny SPZOZ nie przedstawiał rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego struktury organizacyjnej tej jednostki (wykazano w nim siedem poradni, laboratorium analityczne, pracownię badań naczyniowych i gabinet higieny szkolnej, których nie prowadzono, natomiast innego prowadzonego gabinetu higieny szkolnej nie wykazano), a prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad);
2. w przypadku dwóch z sześciu lekarzy objętych badaniem, ich harmonogramy pracy były niezgodne ze stanem faktycznym, a w przypadku jednego – w zawartej z nim umowie cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych nie określono harmonogramu pracy;
3. od dwóch z sześciu lekarzy objętych badaniem nie wyegzekwowano obowiązków ewidencjonowania zrealizowanych punktów/przepracowanego

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

czasu i przekazywania SPZOZ zestawień w tym zakresie według ustalonego wzoru;

4. w czterech z pięciu badanych przypadków nie zapewniono aby w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów lekarze dokonali adnotacji o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, pomimo, że taki wymóg wynikał z § 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁵;
5. pomimo wykonywania przez jedną pielęgniarkę zadań sprawozdawczych, nie uwzględniono tych zadań w pisemnym zakresie jej obowiązków;
6. nie podjęto wystarczających działań, dla umożliwienia korzystania z dwóch zakupionych modułów systemu informatycznego obsługującego działalność medyczną oraz jednego modułu systemu informatycznego obsługującego działalność administracyjną;
7. nie zapewniono aktualnej inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji, czym naruszono § 20 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Operacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych⁶.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. W SPZOZ na dzień rozpoczęcia niniejszej kontroli (16 września 2020 r.) udzielano świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁸ (poradnia ogólna i dla dzieci) w zakresach: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁹ udzielano świadczeń w zakresach: ginekologia i położnictwo, okulistyka, chirurgia ogólna, neurologia, diabetologia, kardiologia. Udzielano również świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Ponadto, w SPZOZ funkcjonowała poradnia urologiczna (niefinansowana w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia¹⁰). Świadczenia w powyższych zakresach były udzielane w całym okresie objętym kontrolą i w tym czasie nie zaprzestano ich udzielania. Świadczeń udzielano w warunkach ambulatoryjnych¹¹ lub w miejscu pobytu pacjenta, jak również w formie teleporad.

(akta kontroli str. 12-44, 51-59)

⁵ Dz.U. poz. 1395. Dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ.

⁶ Dz.U. z 2017 r. poz. 2247. Dalej: rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Operacyjności.

⁷ 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.

⁸ Dalej: POZ.

⁹ Dalej: AOS.

¹⁰ Dalej: NFZ.

¹¹ W gabinetach w siedzibie SPZOZ przy ul. 3 Maja 25 w Poraju oraz gabinetach higieny szkolnej przy szkołach podstawowych w Poraju, Kuźnicy Starej, Jastrzębiu, Choroni i Masłowskiem.

W Regulaminie organizacyjnym SPZOZ¹² określono m.in. cele i zadania oraz strukturę organizacyjną jednostki oraz miejsce i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności czas (dni i godziny) udzielania świadczeń oraz zasady rejestracji pacjentów na wizyty i ustalania kolejności przyjęć (z uwzględnieniem przypadków nagłych). Określona w Regulaminie organizacyjnym struktura organizacyjna SPZOZ nie odzwierciedlała jednak faktycznie prowadzonej działalności leczniczej, a prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad), co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Regulamin organizacyjny oraz harmonogramy pracy lekarzy zamieszczono na stronie internetowej SPZOZ¹³.

W wewnętrznych procedurach SPZOZ nie określono średniego czasu na przyjęcie pacjenta¹⁴. Jak wyjaśniła Główna Księgowa „Zgodnie z Zarządzeniem prezesa nr 80/2008/DSOZ § 12 punkt 4, średni czas wizyty w AOS trwa między 15 a 20 minut. Przyjmujemy umownie że tyle samo w POZ”.

Teleporady w POZ i AOS wprowadzono od 15 marca 2020 r. 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). Odnosnie organizacji teleporad Główna Księgowa wyjaśniła, że pacjent umawiał się na teleporadę telefonicznie, uzyskując informację o dniu i godzinie jej przeprowadzenia. Wyjaśniła również: „Nie nagrywamy rozmów telefonicznych więc poufność rozmowy jest zachowana a lekarze rozmawiają ze swoich gabinetów z pacjentami”. W SPZOZ uruchomiono specjalną linię telefoniczną przeznaczoną dla uzyskania e-recepty¹⁵.

(akta kontroli str. 19-44, 51-59, 516-531)

Liczba zadeklarowanych pacjentów SPZOZ przypadających na jedną linię telefoniczną 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 zdrowotnej¹⁶. Na ok. 4,5 tys. zadeklarowanych pacjentów zatrudnione były dwie rejestratorki, dla których przewidziano jedną linię telefoniczną oraz dwa telefony komórkowe.

(akta kontroli str. 5, 51-59)

W związku z wejściem w życie rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ, zarządzeniem Kierownika SPZOZ nr 1/09/2020 z dnia 1 września 2020 r. wprowadzono Regulamin udzielania teleporad¹⁷. W dokumencie tym określono m.in. zasady ustalenia terminu teleporady¹⁸, nawiązania kontaktu z pacjentem¹⁹ oraz weryfikacji jego tożsamości²⁰.

Instrukcje dla pacjentów dotyczące realizacji e-recept²¹, instrukcje o sposobie realizacji e-skierowań, zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń na badania

¹² Wprowadzonym zarządzeniem Kierownika SPZOZ nr 2/2017 z dnia 21 marca 2017 r.

¹³ <http://bipzoz.ugporaj.pl/p,19,wyzkaz-godzin-pracy-lekarzy>.

¹⁴ System rejestracji powinien zapewnić średni czas na przyjęcie pacjenta.

¹⁵ <http://www.ugporaj.pl/art,1839,dodatkowy-numer-do-gminnego-osrodka-zdrowia-886-055-556-tylko-e-recepty>.

¹⁶ Dz.Urz. MZ Nr 4 poz. 42.

¹⁷ Zamieszczony m.in. na stronie internetowej <http://bipzoz.ugporaj.pl/p,33,regulamin-udzielania-teleporad>.

¹⁸ W ramach rejestracji telefonicznej.

¹⁹ Trzy próby połączenia z pacjentem w czasie przewidzianym na odbycie teleporady.

²⁰ Przed udzieleniem teleporady lekarz identyfikuje pacjenta na podstawie danych zawartych w dokumentacji: imię, nazwisko, nr PESEL, numer telefonu kontaktowego, imię i nazwisko osoby upoważnionej do dokumentacji medycznej.

²¹ <http://www.ugporaj.pl/art,1651,od-8-stycznia-tylko-e-recepty-gminny-osrodek-zdrowia-w-poraju-w-pelni-przygotowany>.

diagnostyczne, a także informacje o możliwości założenia Internetowego Konta Pacjenta²² zostały zamieszczone na stronie internetowej SPZOZ.

(akta kontroli str. 12-44, 51-59, 153-160, 200-204, 516-531)

Teleporady nie były jedyną formą udzielania świadczeń. Jak wyjaśniła Główna Księgowa, o przeprowadzeniu porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem decydował lekarz.

(akta kontroli str. 51-59)

W wyniku badania dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez sześciu (28,6%) lekarzy²³ w kwietniu, czerwcu i sierpniu 2020 r., ustalono, że:

- lekarze POZ (dwóch specjalistów pediatrii i specjalista chorób wewnętrznych) nie wykonywali świadczeń w 10 ze 123 (8,1%) dni objętych harmonogramami;
- lekarze AOS nie wykonywali świadczeń w 45 z 65 (69,2%) dni objętych harmonogramami, tj.: chirurg – w 31 z 39 dni; okulista – w sześciu z 13 dni; ginekolog – w ośmiu z 13 dni.

Niewykonywanie świadczeń zdrowotnych było spowodowane: brakiem pacjentów wobec rozwijającej się pandemii, powstrzymaniem się od pracy w więcej niż jednym podmiocie leczniczym (w związku z apelami Ministra Zdrowia), ograniczeniem wykonywania świadczeń zdrowotnych (w związku z zaleceniem NFZ).

Dostępność świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ zapewniano w okresie objętym powyższym badaniem zastępstwami wykonywanymi przez lekarzy zatrudnionych na umowach o pracę.

W wyniku powyższego badania ustalono niezgodności harmonogramów pracy ze stanem faktycznym, brak harmonogramu pracy w umowie cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych oraz niewyegzekwowanie od lekarzy obowiązków w zakresie ewidencjonowania zrealizowanych punktów/przepracowanego czasu, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 60-152, 516-531)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej, dotyczącej 10 świadczeń zdrowotnych²⁴, wykazało, że w przypadku świadczeń udzielonych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej w SPZOZ stosowano zasady przyjęte w Regulaminie udzielania teleporad. W dokumentacji medycznej podano powód przyjęcia pacjenta oraz informacje w zakresie przeprowadzonego wywiadu, rozpoznania, procedury, wystawionych skierowań/druków i przepisanych leków. W czterech przypadkach nie dokonano jednak adnotacji o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 51-59, 153-164)

Procedurę przyjmowania skarg i wniosków²⁵ wprowadzono od 1 września 2020 r. Wcześniej pacjenci dokonywali stosownych wpisów do księgi skarg i wniosków, które były następnie rozpatrywane przez Kierownika SPZOZ. W księdze tej odnotowano trzy skargi, przy czym w jednym przypadku nie było możliwe odczytanie treści. Pozostałe dotyczyły nieudzielenia natychmiastowej pomocy pacjentowi

²² <http://www.ugporaj.pl/art,1448,masz-pytania-lub-watpliwosci-odnosnie-ikp?-przyjd-i-dowiedz-sie!>.

²³ Dobranych wg osądu kontrolera trzech lekarzy świadczących usługi zdrowotne w ramach POZ oraz trzech lekarzy świadczących usługi zdrowotne w ramach AOS.

²⁴ Pięciu w formie teleporady i pięciu w bezpośrednim kontakcie.

²⁵ Zarządzenie Kierownika nr 2/09/2020.

z wypadku przez lekarza okulistę oraz awantury sprzątaczkę z pacjentami i przyznawania kolejnych numerów pacjentom oczekującym w danym dniu na przyjęcie przez lekarza. Jak wyjaśniła Główna Księgowa, sprawy zostały wyjaśnione przez Kierownika SPZOZ.

(akta kontroli str. 51-59, 165-173)

1.2. W SPZOZ na dzień 30 września 2020 r. zatrudnionych było 20 lekarzy, z tego 17 – na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą (tzw. kontraktów), dwóch – na podstawie umów o pracę (w tym Kierownik SPZOZ), a jeden – na podstawie umowy zlecenia. Liczba lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę nie ulegała zmianom według stanu na 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca i 31 grudnia 2019 r. oraz 30 czerwca 2020 r. Liczba lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów zwiększyła się o jedną osobę według stanu na 30 czerwca 2019 r. (w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r.), a liczba lekarzy zatrudnionych na podstawie umów zlecenia zmniejszyła się o jedną osobę według stanu na 30 czerwca 2020 r. (w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2019 r.).

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca i 31 grudnia 2019 r. oraz 30 czerwca 2020 r., w grupie pielęgniarek i położnych zatrudnionych było osiem osób, z tego siedem – na podstawie umów o pracę i jedna – na podstawie umowy zlecenia, a w administracji zatrudnione były trzy osoby²⁶, z tego jedna (Główna Księgowa) – na podstawie umowy o pracę, a dwie – na podstawie umowy zlecenia.

W skład pozostałych grup zawodowych, zatrudnionych wyłącznie na podstawie umów o pracę, wchodziły (według stanu na ww. dni): trzy osoby z innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem (fizjoterapeuci), cztery rejestratorki i trzy osoby z obsługi.

W okresie objętym kontrolą nie zatrudniono nowych pracowników, którzy mogliby wspierać pracę personelu medycznego. Nie stwierdzono niedoborów wśród pracowników medycznych. Jak wyjaśniła Kierownik SPZOZ, z uwagi na to, że dwie z czterech rejestratorek przebywały na urlopie wychowawczym, pielęgniarki wykonywały również czynności niemedyczne, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt 1.4.

(akta kontroli str. 205-207, 686, 689)

1.3. W I półroczu 2019 r., II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. koszty zatrudnienia wyniosły odpowiednio:

- 495,2 tys. zł, 540,2 tys. zł i 552,4 tys. zł – łącznie 1 587,7 tys. zł²⁷ w ramach wynagrodzeń osobowych;
- 65,5 tys. zł, 62,6 tys. zł i 52,6 tys. zł – łącznie 180,8 tys. zł²⁸ w ramach wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie zawartych umów zlecenia;
- 245,6 tys. zł, 267,7 tys. zł i 227,8 tys. zł – łącznie 741,1 tys. zł²⁹ w ramach kosztów usług obcych poniesionych na wynagrodzenia osób udzielających świadczeń na podstawie kontraktów.

W I półroczu 2019 r., II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. średnie miesięczne koszty zatrudnienia przypadające na jedną osobę wyniosły odpowiednio:

²⁶ Bez Kierownika SPZOZ, którego wykazano w grupie lekarzy.

²⁷ Lekarze 364,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 675,4 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 178,2 tys. zł, rejestratorki 102,5 tys. zł, administracja 123,5 tys. zł, obsługa 143,8 tys. zł.

²⁸ Lekarze 135,0 tys. zł, pielęgniarki i położne 13,9 tys. zł, administracja 31,9 tys. zł.

²⁹ Koszty te dotyczą wyłącznie lekarzy.

- 4,6 tys. zł³⁰, 4,7 tys. zł³¹ i 5,1 tys. zł³² w ramach wynagrodzeń osobowych;
- 2,2 tys. zł³³, 1,7 tys. zł³⁴ i 1,8 tys. zł³⁵ w ramach wynagrodzeń bezosobowych poniesionych na podstawie zawartych umów zlecenia;
- 2,4 tys. zł, 2,6 tys. zł i 2,2 tys. zł w ramach kosztów usług obcych poniesionych na wynagrodzenia osób udzielających świadczeń na podstawie kontraktów.

Udział kosztów wynagrodzeń (osobowych i bezosobowych) w kosztach działalności operacyjnej i w kosztach ogółem wyniósł 57,8% w 2019 r. oraz 62,8% w I półroczu 2020 r. Udział kosztów obcych (poniesionych na podstawie kontraktów) w kosztach działalności operacyjnej oraz w kosztach ogółem wyniósł 21,8% w 2019 r. oraz 19,4% w I półroczu 2020 r.

Wzrost średnich miesięcznych kosztów zatrudnienia przypadających na jednego pracownika w II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. (w porównaniu z półroczami poprzednimi) wystąpił w grupach: pielęgniarek i położnych, innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem, rejestratorek, pracowników administracji oraz pracowników obsługi (zatrudnionych na podstawie umowy o pracę). Wzrost ten wynikał w głównej mierze z podwyżek płac (w tym wzrostu wynagrodzenia minimalnego).

W I półroczu 2020 r. (w porównaniu z II półroczem 2019 r.), z uwagi na zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń spowodowane pandemią COVID-19, wystąpił spadek średnich miesięcznych kosztów zatrudnienia przypadających na jednego lekarza zatrudnionego na podstawie kontraktu.

(akta kontroli str. 211-213, 516-531)

1.4. Według stanu na 30 września 2020 r. w SPZOZ na stanowiskach niemedycznych zatrudnieni byli (oprócz pracowników obsługi): Kierownik jednostki, trzech pracowników administracji i cztery rejestratorki. Wśród pracowników SPZOZ nie było absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

Podział kompetencji oraz zakres realizowanych zadań administracyjnych, związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi, przedstawiał się następująco:

- sporządzaniem sprawozdań (kierowanych do Ministerstwa Zdrowia³⁶, Głównego Urzędu Statystycznego³⁷ i NFZ³⁸) zajmowało się pięciu pracowników, tj. Główna Księgową, dwie rejestratorki oraz dwie pielęgniarki. Analiza zakresów obowiązków Głównego Księgowego i rejestratorek wykazała, że obejmowały one m.in. zadania sprawozdawcze, natomiast w zakresach obowiązków jednej z pielęgniarek nie uwzględniono tych zadań, co opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Sprawozdania były sporządzane w oparciu o dane zgromadzone w systemie komputerowym;

³⁰ Lekarze 10,2 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,2 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 2,8 tys. zł, rejestratorki 1,9 tys. zł, administracja 6,6 tys. zł, obsługa 2,4 tys. zł.

³¹ Lekarze 10,4 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,4 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,2 tys. zł, rejestratorki 2,2 tys. zł, administracja 7,0 tys. zł, obsługa 2,6 tys. zł.

³² Lekarze 9,8 tys. zł, pielęgniarki i położne 5,5 tys. zł, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem 3,8 tys. zł, rejestratorki 3,3 tys. zł, administracja 7,1 tys. zł, obsługa 2,9 tys. zł.

³³ Lekarze 4,0 tys. zł, pielęgniarki i położne 0,8 tys. zł, administracja 1,1 tys. zł.

³⁴ Lekarze 2,6 tys. zł, pielęgniarki i położne 0,9 tys. zł, administracja 0,6 tys. zł.

³⁵ Lekarze 3,3 tys. zł, pielęgniarki i położne 0,6 tys. zł, administracja 0,8 tys. zł.

³⁶ Za pośrednictwem portalu Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

³⁷ Za pośrednictwem portalu sprawozdawczego Głównego Urzędu Statystycznego.

³⁸ 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.

- wystawianiem indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej wydawanej pacjentowi zajmowali się lekarze;
- zadania związane z wypełnianiem indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentów w zakresie określonym w § 10 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej wykonywały pielęgniarki i w miarę potrzeb – rejestratorki;
- zadania związane z obsługą i rejestracją pacjenta, w tym przyjmowaniem oświadczeń; przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ; włączaniem do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych udostępnionych przez pacjentów; udostępnianiem dokumentacji medycznej wykonywały rejestratorki oraz w miarę potrzeb – pielęgniarki.

Z wyjaśnień Główniej Księgowej wynikało, że powyższy podział kompetencji w zakresie sporządzania sprawozdań obowiązywał od wielu lat (pielęgniarki przejęły obowiązki po swoich poprzedniczkach). Jak wyjaśniła Kierownik SPZOZ, pielęgniarki wykonywały również czynności niemedyczne, gdyż dwie z czterech rejestratorek przebywały na urlopie wychowawczym.

Główna Księgowa wyjaśniła, że nie odciążano lekarzy w wypełnianiu indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej: *„Ze względu na niedostateczną liczbę personelu i obłożenie dużą ilością obowiązków. Ponadto odpowiedzialność prawną za ewentualne błędy ponosił lekarz”*.

W wyniku badania zakresów obowiązków siedmiu pracowników z personelu medycznego, tj. po trzech spośród lekarzy, pielęgniarek i jednej położnej POZ³⁹ (25,0% pracowników POZ 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 zdrowotnej⁴⁰.

(akta kontroli str. 67-92, 174-199, 200-204, 245, 516-531, 686, 689)

1.5. W wyniku badania kwalifikacji pięciu pielęgniarek i położnej zatrudnionych w SPZOZ w ramach POZ⁴¹ stwierdzono, że spełniały one wymogi określone w art. 7 i 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁴², 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 opieki długoterminowej.

W poradniach AOS: kardiologicznej, chirurgii ogólnej, diabetologicznej i ginekologicznej było zatrudnionych sześć pielęgniarek/położnych, w tym jedna (pielęgniarka w poradni kardiologicznej) spełniała, a pięć nie spełniało wymogów określonych w załączniku nr 1a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴³.

(akta kontroli str. 208-210, 691-706)

³⁹ Dobranych losowo.

⁴⁰ Dz.U. poz. 2335.

⁴¹ Dotyczy personelu pielęgniarstwa wymienionego w załączniku nr 1 do umowy z NFZ nr 123/107198/01/2020 Harmonogram – zasoby – POZ.

⁴² Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

⁴³ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

1.6. W I i II półroczu 2019 r. oraz I półroczu 2020 r. obciążenie pracą lekarzy przedstawiało się następująco:

- lekarze POZ udzielili odpowiednio 10 256 i 10 920 oraz 9 817⁴⁴ porad, a lekarze AOS – odpowiednio 3 675 i 3 563 oraz 2 981⁴⁵ porad;
- lekarze POZ udzielili średnio odpowiednio 1 026 i 1 092 oraz 982 porady, a lekarze AOS – odpowiednio 334 i 324 oraz 248 porady;
- średni czas udzielania porady przypadający na jednego lekarza POZ wyniósł odpowiednio 19 i 18 oraz 16 minut, a na jednego lekarza AOS – 57 i 61 oraz 74 minuty.

(akta kontroli str. 214-216)

W I półroczu 2020 r., tj. w okresie trwania pandemii COVID-19, nastąpił spadek liczby porad i średniej liczby porad przypadającej na jednego lekarza (w stosunku do półrocza poprzedniego o 10,1% w przypadku lekarzy POZ oraz o odpowiednio 16,3% i 23,3% w przypadku lekarzy AOS).

Ustalenie średniego czasu trwania teleporad nie było możliwe. Jako przyczynę Kierownik SPZOZ wskazała m.in. udzielanie teleporad również za pomocą prywatnych telefonów lekarzy.

W SPZOZ nie skorzystano z możliwości zlecenia samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta pielęgniarkie (zatrudnionej w poradni kardiologicznej), spełniającej wymogi określone w załączniku nr 1a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁶. Jak wyjaśniła Główna Księgowa, lekarze nie zgłosili takie potrzeby.

(akta kontroli str. 200-204, 687, 689)

W I, II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r. lekarze SPZOZ wystawili odpowiednio sześć, osiem i pięć kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO). Ustalenie kompletnej liczby pozostałych dokumentów⁴⁷ nie było możliwe, z uwagi na to, że oprócz wystawiania ich poprzez system mMedica, część lekarzy wystawiała dokumenty również w formie papierowej, a e-zwolnienia – przez portal Platformę Usług Elektronicznych⁴⁸ ZUS.

(akta kontroli str. 204, 218, 516-531)

W SPZOZ lekarze wystawiali również na potrzeby pacjentów zaświadczenia nieuregulowane w przepisach prawa powszechnie obowiązującego (np. do celów socjalnych), za które ustalono opłatę w wysokości 20 zł⁴⁹. Liczba takich zaświadczeń nie była możliwa do ustalenia, gdyż zaświadczenia wystawiano w formie papierowej i system informatyczny nie generował danych w tym zakresie.

W wyniku analizy 10 przypadków, w których w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta odnotowano wydanie takich zaświadczeń, stwierdzono brak możliwości ustalenia czy dana osoba zapłaciła za ich wystawienie, gdyż w ewidencji księgowej nie ujmowano danych identyfikacyjnych osób wpłacających należność gotówką przy odbiorze zaświadczenia (rejestracja na kasie fiskalnej).

⁴⁴ 5 659 porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 4 158 w formie teleporady.

⁴⁵ 2 487 porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 494 w formie teleporady.

⁴⁶ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

⁴⁷ Zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, recept, zwolnień lekarskich, skierowań do poradni specjalistycznej, skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, skierowań do sanatorium, zaświadczeń lekarskich/orzeczeń, skierowań do szpitala, informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego, zleceń na transport sanitarny.

⁴⁸ Dalej: PUE.

⁴⁹ Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacyjnego – Cennik Usług Medycznych i Niemedycznych.

Jedna z pielęgniarek poinformowała, że w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki, w których lekarz POZ nie może wystawić zaświadczenia, gdyż nie ma dostatecznych danych do oceny stanu zdrowia pacjenta.

(akta kontroli str. 219-221)

1.7. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe⁵⁰ lekarze przeznaczali średnio 69,4% czasu trwania porady, a 30,6% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne⁵¹.

Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 20 lekarzy Ośrodka⁵² podczas udzielania przez nich łącznie 221 świadczeń, wykazała, że:

1) dla porad pierwszorazowych⁵³:

- średni czas trwania porady wyniósł 21 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 30 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 6 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 15 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 10 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 62 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 16 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 68 min), co stanowiło 76,2% średniego czasu trwania porady;
- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 23,8% średniego czasu trwania porady⁵⁴;

2) dla kontynuacji leczenia⁵⁵:

- średni czas trwania porady wyniósł 15 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 30 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 12 min);
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 15 min);
- średni czas badania (przedmiotowego i podmiotowego) wyniósł 10 min (czas minimalny – 4 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 66,7% średniego czasu trwania porady;
- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min), co stanowiło 33,3% średniego czasu trwania porady⁵⁶;

⁵⁰ Dotyczy porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym uwzględniono porady pierwszorazowe oraz kontynuację leczenia (91 porad).

⁵¹ Wliczono na podstawie analizy 96 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 44 świadczeń, gdzie lekarze wykazali łączny czas trwania porady jako dłuższy od sumy czasów wykorzystanych na badanie i wypełnianie dokumentacji medycznej.

⁵² 16 lekarzy udzielających świadczeń POZ, czterech lekarzy specjalistów z zakresu: diabetologii, neurologii oraz chirurgii.

⁵³ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 20 świadczenia.

⁵⁴ Dziewięć (tj. 25%) 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.

⁵⁵ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – łącznie analizie poddano 71 świadczeń (pozostałe 49 wyłączono z badania).

⁵⁶ 54 (tj. 45,0%) porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był dłuższy niż 30,0% czasu trwania porady ogółem.

3) dla teleporad⁵⁷:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 10 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 18 min);
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min);
- średni czas wypełnienia dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min), co stanowiło 50,0% średniego czasu trwania teleporady.

(akta kontroli tom str. 222-237)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) Regulamin organizacyjny SPZOZ, wprowadzony zarządzeniem Kierownika tej jednostki z dnia 21 marca 2017 r., nie przedstawiał rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego struktury organizacyjnej tej jednostki, tj.:

- wśród komórek organizacyjnych wymieniono poradnie: zdrowia psychicznego, otolaryngologiczną, leczenia uzależnień, logopedyczną, endokrynologiczną, hipertensjologiczną i medycyny pracy, jak również laboratorium analityczne i pracownię badań naczyniowych (wskazano również ich zadania) oraz gabinet higieny szkolnej przy Gimnazjum w Poraju przy ul. Górniczej 18, pomimo ich nieprowadzenia;
- wśród komórek organizacyjnych nie wymieniono prowadzonego gabinetu higieny szkolnej przy Niepublicznej Szkole Podstawowej w Masłowskim.

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).

Główna Księgowa wyjaśniła: „Mamy zamiar się starać o takie poradnie jeśli tylko zostaną ogłoszone konkursy, które jednak z wyjątkiem psychiatrii, są stale odwlekane przez NFZ, a wpisanie na nowo komórki wiąże się z długim procesem legislacyjnym przez Radę Społeczną i Radę Gminy i wpisy u wojewody, a w czasach pandemii mogą być utrudnione i czasochłonne”. Z wyjaśnień Głównej Księgowej, dotyczących nieprawidłowego wykazania w Regulaminie organizacyjnym laboratorium i gabinetów higieny szkolnej, wynikało, że było to wynikiem błędu (niedopatrzenia). Odnośnie nieuwzględnienia w Regulaminie organizacyjnym porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej, Główna Księgowa wyjaśniła, że zasady udzielania świadczeń w tej formie zostały zawarte w Regulaminie udzielania teleporad.

(akta kontroli str. 12-44, 51-59)

NIK wskazuje, iż Regulamin organizacyjny winien stanowić, w szczególności dla pacjenta, rzetelne źródło informacji o poradniach i innych komórkach organizacyjnych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jak również o przebiegu procesu udzielania tych świadczeń. Nie spełnia takiego wymogu dokument, w którym ujmowane są poradnie, laboratorium, pracownia i gabinet higieny szkolnej faktycznie niedziałające, jak również prezentujący przebieg powyższego procesu bez wskazania, że udzielanie świadczeń odbywa się również za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad). Ponadto, przywołany

⁵⁷ Dotyczy 130 świadczeń udzielonych w formie teleporady.

przez Główną Księgową Regulamin udzielania teleporad został wprowadzony po ponad pięciu miesiącach od rozpoczęcia ich udzielania (1 września 2020 r.).

2) W wyniku badania dostępności sześciu lekarzy stwierdzono nieprawidłowości w zakresie harmonogramów pracy trzech z nich, tj.:

- pomimo że, zgodnie z § 3 ust. 4 umowy cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych, zawartej w dniu 1 stycznia 2020 r. z lekarzem okulistą, był on zobowiązany wykonywać świadczenia zgodnie z harmonogramem, w umowie tej nie określono jednak dni i godzin jego pracy (według harmonogramu zamieszczonego w BIP oraz na Portalu Świadczeniodawcy pracował on we wtorki od godz. 7:00 do 12:00);
- w harmonogramie pracy, stanowiącym załącznik do umowy cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych, zawartej w dniu 1 stycznia 2020 r. z lekarzem chirurgiem, podano jako dzień jego pracy poniedziałek od godz. 15.30 do 18.30, podczas gdy faktycznie przyjmował on w tych godzinach we wtorki, środy i czwartki;
- w harmonogramie pracy, stanowiącym załącznik do umowy cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych, zawartej w dniu 12 maja 2020 r. z lekarzem pediatrą (jak również w harmonogramach zamieszczonych w BIP i na Portalu Świadczeniodawcy), podano dzień i godziny jego pracy, tj. poniedziałek od godz. 18.30 do 19.30, w którym faktycznie nie pracował.

Jak wyjaśniła Główna Księgową., w pierwszym przypadku „(...) Pani doktor nie życzyła sobie harmonogramu w umowie”, a w pozostałych dwóch przypadkach wystąpiła pomyłka.

(akta kontroli str. 67-81, 105, 111, 131-132, 200-204, 238-244)

NIK zauważyła, że nieokreślenie w umowie zawartej z lekarzem okulistą harmonogramu pracy pozbawia SPZOZ podstawy do zastosowania sankcji polegającej na natychmiastowym rozwiązaniu tej umowy, w razie uchylania się przez lekarza od udzielania świadczeń zdrowotnych w ustalonych dniach i godzinach.

3) W przypadku dwóch z sześciu lekarzy objętych badaniem w zakresie dostępności stwierdzono, że nie wyegzekwowano od nich realizacji obowiązków, określonych w § 5 ust. 11-16 zawartych z nimi w dniu 1 stycznia 2020 r. umów cywilnoprawnych o świadczenie usług medycznych, polegających na ewidencjonowaniu zrealizowanych punktów (dotyczy lekarza okulisty) lub przepracowanego czasu (dotyczy lekarza ginekologa) i przekazywaniu zleceń, w terminie 10 dni po zakończeniu miesiąca, zestawień w tym zakresie według ustalonego wzoru.

Główna Księgową wyjaśniła, że lekarze przedstawiają liczbę zrealizowanych punktów w wystawianych fakturach.

(akta kontroli str. 76-92, 200-204)

NIK wskazuje, że wystawienie przez lekarza faktury/rachunku winno być dokonane na podstawie wcześniej sporządzonego dokumentu, w którym zarówno zleceniobiorca, jak i zleceniodawca potwierdza wykonanie przedmiotu umowy.

4) W przypadku czterech z pięciu teleporad objętych badaniem (udzielonych w listopadzie 2020 r.) ustalono, że w SPZOZ nie zapewniono aby w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów lekarze dokonali adnotacji o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, w sytuacji gdy wymóg dokonania takiej adnotacji określono w § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ, a zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia, świadczeniodawcy POZ winni byli dostosować swoją działalność do standardów

określonych w tym rozporządzeniu w terminie 60 dni od dnia jego wejścia w życie (tj. do dnia 28 października 2020 r.).

Pielęgniarka uczestnicząca w badaniu dokumentacji medycznej dotyczącej udzielonych świadczeń wyjaśniła, że teleporady były odnotowywane w dokumentacji rozliczeniowej z NFZ.

(akta kontroli str. 161-163)

NIK zauważył, że odnotowywanie teleporad w dokumentacji rozliczeniowej z NFZ nie wypełnia dyspozycji § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ.

5) Jedna z pielęgniarek została obciążona wykonywaniem czynności administracyjnych, polegających na wykonywaniu zadań sprawozdawczych, pomimo że Kierownik SPZOZ nie uwzględniła tych zadań w pisemnym zakresie jej obowiązków, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli tom I str. 174-175, 191-193)

Kierownik SPZOZ wyjaśniła że powyższe wynikało z niedopatrzenia.

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja pracy, zakres realizowanych zadań administracyjnych oraz podział kompetencji pomiędzy personelem medycznym i niemedycznym zapewniły realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W wewnętrznych procedurach obowiązujących w SPZOZ określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Regulamin organizacyjny nie przedstawiał jednak rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego struktury organizacyjnej SPZOZ (w szczególności wykazano w nim poradnie, których nie prowadzono). Ponadto, prezentując w tym dokumencie przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniono porad udzielanych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad). W czterech z pięciu badanych przypadków nie zapewniono aby w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów lekarze dokonali adnotacji o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, pomimo, że taki wymóg wynikał z § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ. Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka zatrudniona w poradni kardiologicznej, z kwalifikacjami uprawniającymi do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, nie zlecono jednak wykonywania takiego świadczenia. Personel medyczny (w szczególności pielęgniarki), oprócz zadań o charakterze medycznym, wykonywał również czynności administracyjne, przy wsparciu rejestratorek. W przypadku jednej pielęgniarki, wykonywanych przez nią zadań sprawozdawczych nie uwzględniono w pisemnym zakresie jej obowiązków. Na badanie pacjenta (podmiotowe i przedmiotowe) lekarze przeznaczali średnio 69,4% czasu trwania porady, a 30,6% – na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Stwierdzono również przypadki niezgodności harmonogramów pracy ze stanem faktycznym, braku harmonogramu pracy w umowie cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych oraz niewyegzekwowania od lekarzy obowiązków w zakresie ewidencjonowania zrealizowanych punktów/przepracowanego czasu i przekazywaniu zestawień w tym zakresie według ustalonego wzoru.

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

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

- system wspierający działalność medyczną mMedica, składający się z modułów: Gabinet, Dane do sprawozdań MZ/GUS, Menedżer eksportów, Elektroniczna dokumentacja medyczna, eRejestracja, eWyniki Lab, eZLA+, mKolejka, Pharmindex Baza leków, Pharmindex Refundacje, Rozliczenia z NFZ;
- systemy wspierające działalność administracyjną: Comarch ERP Optima składający się z modułów: Kadry i płace⁵⁸, Księgowość; Płatnik (bezpłatnie udostępniony przez Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁵⁹) służący do tworzenia, weryfikacji oraz wysyłania dokumentów ubezpieczeniowych do ZUS.

Systemy te nie były ze sobą zintegrowane i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio. Powyższe systemy były wykorzystywane w działalności SPZOK, z wyjątkiem modułów eRejestracja i eWyniki Lab oraz Księgowość, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W SPZOK istniała możliwość korzystania z systemu mMedica na 16 komputerach, przy czym jednocześnie maksymalnie na 12 (z uwagi na ograniczenia wynikające z posiadanych licencji), z których korzystały 32 osoby (20 lekarzy, siedem pielęgniarek, jedna położna oraz cztery rejestratorki)⁶⁰.

W SPZOK nie zapewniono w okresie objętym kontrolą aktualnej inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji obejmującej ich rodzaj i konfigurację, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Na potrzeby kontroli Główna Księgowa sporządziła wykaz pomieszczeń, w których zainstalowano sprzęt (łącznie 18 komputerów i 18 drukarek). Przeprowadzone w dniu 4 grudnia 2020 r. oględziny 10 wybranych pomieszczeń potwierdziły dane przedstawione w wykazie. W pomieszczeniu rejestracji znajdowały się dwa komputery i dwie drukarki, a w pozostałych dziewięciu pomieszczeniach⁶¹ – po jednym komputerze i drukarce.

(akta kontroli str. 53, 57-58, 246-249, 523, 525, 528-529, 531, 563-565)

2.2. W okresie objętym kontrolą w SPZOK poniesiono koszty związane z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych w wysokości 31,7 tys. zł (w 2019 r.) i 54,2 tys. zł (w okresie od stycznia do września 2020 r.), tj.:

- 27,4 tys. zł (z tego 8,5 tys. zł w 2019 r. i 18,9 tys. zł w 2020 r.) na zakup sprzętu i podzespołów komputerowych oraz materiałów eksploatacyjnych;
- 44,9 tys. zł (21,1 tys. zł 2019 r. i 23,8 tys. zł w 2020 r.) na zakup licencji i modernizację systemu informatycznego;
- 13,6 tys. zł (z tego 2,1 tys. zł w 2019 r. i 11,5 tys. zł w 2020 r.) na rozbudowę systemu informatycznego.

(akta kontroli str. 383, 385-457, 568-593)

⁵⁸ Lista płac, wypłaty pracowników, deklaracje zus rozliczeniowe, zaliczak na PIT- 4R, Pefron, ZUS IWA,

⁵⁹ Dalej: ZUS.

⁶⁰ Według stanu na dzień 30 września 2020 r.

⁶¹ Pięciu pomieszczeniach POZ, po jednym pomieszczeniu okulisty, kardiologii, diabetologii i fizjoterapii.

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 publicznych⁶² nie stosowano trybów określonych w tej ustawie.

Wybór wykonawców nie był udokumentowany, gdyż realizowano wyłącznie zamówienia o niskiej wartości. W przypadku zakupu sprzętu komputerowego największe wydatki na rzecz jednego podmiotu poniesiono na zakup komputerów (trzy sztuki), monitorów, klawiatur i myszy komputerowych (po dwie sztuki) oraz dysku w łącznej kwocie 8,0 tys. zł (w 2020 r.). Główna Księgowa wyjaśniła, że przy każdym z zakupów przeprowadzano ocenę zapotrzebowania na dany towar/usługę, zasięgano opinii u informatyków oraz lekarzy i na tej podstawie określano wymagania, jak również przeprowadzano rozeznanie cenowe w internecie.

W SPZOZ nie wprowadzono regulaminu udzielania zamówień o wartości nieprzekraczającej 30,0 tys. euro, ponieważ, jak podała Główna Księgowa, nie było to obowiązkowe. Zdaniem NIK, wdrożenie i stosowanie takiego regulaminu, zmniejsza ryzyko naruszenia zasady wydatkowania środków publicznych w sposób oszczędny.

Oględziny, o których mowa w pkt 2.1., potwierdziły użytkowanie czterech komputerów zakupionych w okresie objętym kontrolą w celu wyposażenia pomieszczeń, w których wykonywane były świadczenia zdrowotne.

(akta kontroli str. 53, 58, 383-457, 523-524, 527-528, 557-565)

2.4. W wyniku oględzin użytkowanego w SPZOZ systemu informatycznego, przeprowadzonych w dniu 29 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 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 PUE (lekarze w SPZOZ 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 zawodu⁶³ oraz podpis⁶⁴);
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w standardach HL7 CDA⁶⁵;
- możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

⁶² Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., według stanu na dzień dokonywania zamówień.

⁶³ Ustalono dla następujących dokumentów: historia zdrowia i choroby, historia wizyt, skierowanie do laboratorium, skierowanie do pracowni diagnostycznej, informacja dla lekarza kierującego/POZ.

⁶⁴ Ustalono dla następujących dokumentów: e-sprawozdanie, e-recepta, e-skierowanie, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

⁶⁵ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

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 zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM⁶⁶ lub innych.

W dniu 3 grudnia 2020 r. (w trakcie niniejszej kontroli) informatyk sprawujący opiekę serwisową w SPZOZ przekazał kontrolerom NIK informację, z której wynikało, że zapewniono prezentowanie przez system pełnej historii zmian dokumentacji medycznej wraz z informacją o użytkowniku dokonującym modyfikacji i czasie modyfikacji.

(akta kontroli str. 250-252, 286-329)

2.5. W SPZOZ 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, skierowania do poradni specjalistycznej, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, e-ZLA, e-recepty, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego. Część lekarzy wystawiała dokumenty również w formie papierowej, a e-zwolnienia – przez PUE ZUS. Niektóre dokumenty (e-skierowanie, e-recepta) były drukowane na życzenie pacjenta. Dokumentacją medyczną w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej i położnej środowiskowej, prowadzono w formie papierowej, ze względu na wymóg potwierdzania przez pacjenta wykonania czynności przez pielęgniarkę/położną oraz brak mobilnych urządzeń i stosownych modułów w systemie mMedica.

Użytkowany system 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 (wprowadzona 1 czerwca 2018 r.), instrukcja zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych (wprowadzona 1 sierpnia 2018 r.) oraz Procedura alarmowa (wprowadzona 1 lutego 2019 r.). Personel placówki został upoważniony przez Kierownika do przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym. Z firmą zewnętrzną, wykonującą na rzecz SPZOZ usługi opieki serwisowej nad systemem wspierającym działalność medyczną, zawarto umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.

(akta kontroli str. 54, 59, 251-254, 261-280, 288-380, 524, 528, 535-542)
265-268

2.6. W wyniku oględzin wykorzystywanego w SPZOZ do działalności medycznej systemu, o których mowa powyżej w pkt 2.4., ustalono również, że system ten:

- nie był wykorzystywany na urządzeniach mobilnych;
- funkcjonował wyłącznie w jednej lokalizacji, tj. w siedzibie SPZOZ;
- zapewniał dostęp do najczęściej używanych funkcji w jednym oknie (np. obsługa wizyty odbywała się w jednym oknie pod kątem wywiadu, badania, opisu wizyty,

⁶⁶ DICOM – standard przesyłania, przechowywania, pobierania, drukowania, przetwarzania i wyświetlania informacji z obrazowania medycznego.

- ewidencji rozpoznania ICD-10 oraz wglądu do poprzedniej wizyty; wystawianie zleceń, e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, ewidencja procedur ICD-9 odbywały się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu po lewej stronie ekranu);
- umożliwiał wgląd do wpisów z poprzedniej wizyty/poprzednich wizyt;
 - pozwalał na tworzenie własnych notatek w komentarzu, po autoryzacji wizyty;
 - posiadał dostęp do bazy leków Pharmindex, kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych. Według stanu na dzień oględzin systemu (29 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;
 - pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ, jednakże nie generował automatycznie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń. Sporządzaniem raportu statystycznego zajmowała się księgowa (w zakresie danych księgowych) oraz przełożona pielęgniarek (w zakresie danych medycznych);
 - 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;
 - nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej. Wyniki badań diagnostyki obrazowej mogły być ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika. Na dzień przeprowadzenia oględzin użytkownicy sami zasilali system w zakresie opisów z diagnostyki obrazowej (brak importu zdjęć);
 - nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej. Lekarze mieli wgląd w wyniki badań przez przeglądarkę internetową i mogli ręcznie dodać je do danych z wizyty. Na dzień przeprowadzenia oględzin użytkownicy sami zasilali system wynikami badań;
 - był na bieżąco aktualizowany. Aktualizacja nie odbywała się automatycznie, lecz każdorazowo wymagała pomocy firmy świadczącej usługę opieki serwisowej nad systemem;
 - był zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta⁶⁷;
 - miał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10;
 - 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;
 - posiadał 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;

⁶⁷ W okresie objętym kontrolą system eWUŚ nie potwierdził uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych 885 osób, z tego 470 w 2019 r. i 415 w okresie od stycznia do września 2020 r. (co stanowiło odpowiednio 1,6% i 2,1% udzielonych świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej). Złożono 1 304 oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, z tego 891 w 2019 r. i 413 w okresie od stycznia do września 2020 r. (w sytuacji, w której nie działał system eWUŚ, również pobierane były oświadczenia). Oświadczenia były przechowywane w kartotece pacjenta wraz z pozostałą dokumentacją medyczną bezterminowo.

- 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).

W umowie na usługi opieki serwisowej nad systemem mMedica przewidziano telefoniczne zgłaszanie awarii (wskazano odpowiednie numery telefonów) oraz postanowiono, że awarie będą usuwane w terminie dwóch dni roboczych od ich zgłoszenia. Zgłoszenia te nie były rejestrowane. W okresie objętym kontrolą w SPZOZ nie wystąpiła awaria ww. systemu.

W wyniku badania ankietowego dotyczącego opinii o wykorzystywanym w SPZOZ systemie mMedica, przeprowadzonego w grupie czterech lekarzy⁶⁸, stwierdzono, że trzech ankietowanych ocenił system jako narzędzie wspierające ich pracę, a jeden ankietowany ocenił system jako narzędzie wspierające pracę, ale też wydłużające wykonywanie poszczególnych czynności. Wszyscy lekarze ocenili system jako intuicyjny w obsłudze i stwierdzili, że nie wymagają wsparcia w tym zakresie ze strony innych osób. W dwóch przypadkach ankietowany podał, że został przeszkolony, a w dwóch – że nie został przeszkolony z obsługi systemu.

W wyniku badania przeprowadzonego w tym zakresie w grupie położnej i czterech pielęgniarek⁶⁹, stwierdzono, że wszystkie oceniły system jako narzędzie wspierające pracę i intuicyjne w obsłudze. W dwóch przypadkach ankietowane wskazały, że zostały przeszkolone, a w dwóch – że nie zostały przeszkolone z obsługi systemu, natomiast jedna nie udzieliła odpowiedzi. Wszystkie ankietowane podały, że wymagały wsparcia przy obsłudze systemu informatycznego (w zakresie wprowadzanych nowych rozwiązań, sporządzania sprawozdań do NFZ i GUS), a wsparcie to zapewniali pracownicy rejestracji.

(akta kontroli str. 254-259, 470-490, 523-525, 528-531)

2.7. SPZOZ 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 15 kwietnia 2019 r., tj. w terminie określonym w art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁷⁰ (31 grudnia 2019 r.).

Przed dniem 11 września 2019 r. wystawiano recepty w wersji papierowej, a od tego dnia – e-recepty (z wyjątkiem takich sytuacji jak np. brak dostępu do internetu). W latach 2019 – 2020 (do 30 września) wystawiono łącznie 15 372 e-recepty. Główna Księgowa poinformowała o braku możliwości określenia liczby recept wystawionych w okresie objętym kontrolą w formie papierowej, z uwagi na brak zbiorczej ewidencji danych w tym zakresie.

W SPZOZ wystawiano skierowania w formie elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (SIM). Pierwsze e-skierowanie zostało wystawione w dniu 5 czerwca 2020 r. i do dnia 30 września 2020 r. wystawiono ich 22 (z tego siedem – POZ, dziewięć – okulistyka, pięć – pediatria i jedno – diabetologia).

(akta kontroli str. 54, 59, 257-258)

2.8. Lekarze zatrudnieni w SPZOZ nie upoważnili za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych osób, wykonujących zawód medyczny lub innych osób

⁶⁸ Pozostali lekarze nie wypełnili ankiet ze względu na obłożenie obowiązkami służbowymi.

⁶⁹ Pozostałe pielęgniarki nie wypełniły ankiet ze względu na obłożenie obowiązkami służbowymi.

⁷⁰ Dz.U. z 2020 poz. 702, ze zm.

wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept.

Główna Księgowa wskazała na brak pracowników, którzy, mając na uwadze powierzone im obowiązki, mogliby dodatkowo wykonywać takie zadania. Lekarze wyjaśnili, iż nie widzieli takiej potrzeby, nie mieli takiego obowiązku, bądź też obawiali się o konsekwencje prawne ewentualnych nieprawidłowości.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 41a ust. 4 ustawy o z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁷¹, osoba upoważniona do wystawiania w imieniu lekarza e-recept jest obowiązana do zapewnienia zgodności danych zamieszczonych na tych receptach z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej.

Główna Księgowa poinformowała, że wszyscy lekarze zostali przeszkoleni w zakresie wystawiania e-zwolnień i e-recept, a ponadto, w zakresie wystawiania e-zwolnień zostały przeszkolone rejestratorki i pielęgniarki. Podała również, że szkolenia (zdalnie, w formie telekonferencji lub telefonicznie) prowadziła, w zależności od zgłaszanych potrzeb, firma świadcząca na rzecz SPZOZ usługi opieki serwisowej nad systemem mMedica (w SP ZOZ nie przechowywano dokumentów potwierdzających przeprowadzenie tych szkoleń).

(akta kontroli str. 55, 59, 491-515, 522, 525, 527, 529)

2.9. Główna Księgowa odmówiła⁷² podjęcia działań w celu zaangażowania lekarzy do wykonywania czynności będących przedmiotem zaplanowanych oględzin procesu wypełniania formularzy, w celu dokonania pomiaru czasu trwania tej czynności⁷³ i wyjaśniła: „Przeprowadzenie badania jest obecnie ze względu na epidemię COVID niemożliwe. Część lekarzy SP ZOZ w Poraju przebywa na izolacji, bądź kwarantannie, a pozostali lekarze są nadmiernie obciążeni bieżącymi obowiązkami (teleporady i przyjmowanie pacjentów w gabinecie). Ponadto zwracam uwagę, że przeprowadzenie ww. badania stwarzałoby dodatkowe ryzyko zarażenia COVID dla lekarza biorącego udział w oględzinach jak i kontrolera NIK prowadzącego oględziny”.

(akta kontroli str. 519-521)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) Pomimo zakupienia przez SPZOZ modułów systemu informatycznego:

- Księgowość (w ramach systemu Comarch ERP Optima) w lutym 2018 r. za 1,2 tys. zł;
- eRejestracja (w ramach systemu mMedica) w lutym 2019 r. za 1,5 tys. zł;
- eWyniki Lab (w ramach systemu mMedica) w styczniu 2020 r. za 1,2 tys. zł;

do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK nie podjęto wystarczających działań dla umożliwienia korzystania z nich w celu wsparcia wykonywania zadań SPZOZ – administracyjnych (dotyczy modułu Księgowość) i medycznych (dotyczy modułów eRejestracja i eWyniki Lab). W ocenie NIK było to działanie niegospodarne.

Odnosnie wdrażania modułu Księgowość Kierownik SPZOZ wyjaśniła, że przedstawiciel firmy będącej autorem systemu Comarch ERP Optima podejmował działania w celu usunięcia pojawiających się błędów „(...) od grudnia 2018 r.,

⁷¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.

⁷² W piśmie z dnia 27 listopada 2020 r.

⁷³ 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.

a następnie w latach 2019 i 2020 r., w szczególności na początku roku” (brak dokumentów potwierdzających podjęcie tych działań).

Odnosnie wdrożenia modułu eRejestracja Kierownik SPZOZ wyjaśniła, że działania w tym zakresie były podejmowane przez informatyka firmy sprawującej do listopada 2020 r. opiekę serwisową nad systemem mMedica i polegały na analizie kosztów serwera, na którym będzie można gromadzić dane pacjentów oraz uzyskaniu informacji o możliwości *hostingu* modułu na serwerze firmy zewnętrznej. Wyjaśniła również, że nie posiada wiedzy kiedy te działania miały miejsce (brak dokumentów potwierdzających ich podjęcie).

Odnosnie wdrażania modułu eWyniki Lab Kierownik SPZOZ wyjaśniła: „(...) informatyk aktualnie konfiguruje system po stronie laboratorium” (brak dokumentów potwierdzających podjęcie tego działania).

Według umowy zawartej z firmą zewnętrzną, o której mowa w wyjaśnieniach Kierownik SPZOZ, za opieką serwisową nad systemem mMedica i obsługą Portalu Świadczeniodawcy firma ta otrzymywała (od stycznia 2019 r.) wynagrodzenie w kwocie 1,0 tys. zł miesięcznie (umowa ta wygasła z końcem listopada 2020 r.), łącznie 23,0 tys. zł.

Kierownik SPZOZ w wyjaśnieniach stwierdziła ponadto: „Problemy organizacyjne i kadrowe połączone dodatkowo z epidemią COVID-19 w 2020 r. były przyczyną naszych niedostatecznie stanowczych działań w zakresie wdrażania wspomnianych modułów. Deklarujemy ich wdrożenie maksymalnie do końca 2021 r.”

NIK zauważa, że od zakupu modułów eWyniki Lab oraz eRejestracja i Księgowość, upłynęły odpowiednio rok oraz blisko dwa i trzy lata, a zakres działań wskazanych przez Kierownik SPZOZ w odniesieniu do poszczególnych modułów był nieadekwatny do tych okresów.

(akta kontroli str. 246-247, 339-351, 404-407, 442-446, 594-596, 602-604)

2) W okresie objętym kontrolą w SPZOZ nie zapewniono aktualnej inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji obejmującej ich rodzaj i konfigurację, czym naruszono § 20 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Operacyjności.

Główna Księgowa jako przyczynę powyższej nieprawidłowości wskazała braki kadrowe, w tym brak zatrudnionego informatyka.

(akta kontroli str. 54, 58, 523, 527, 596, 615-631)

NIK zauważa, że kierownik jednostki winien zapewnić wykonywanie jej obowiązków zatrudniając odpowiednio wykwalifikowanych pracowników lub powierzając wykonanie określonych zadań podmiotom zewnętrznym.

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 pracę personelu medycznego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Nie zapewniono bowiem dostępności tego systemu w prowadzonych gabinetach higieny szkolnej, system nie był również zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. W SPZOZ zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym oraz świadczeń pielęgniarstwa 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. Lekarze nie skorzystali jednak z możliwości upoważnienia osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept. Stwierdzono również nieprawidłowości polegające na niezapewnieniu aktualnej inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji oraz niepodjęciu wystarczających działań, dla umożliwienia korzystania z dwóch zakupionych modułów systemu obsługującego działalność medyczną oraz jednego modułu systemu obsługującego działalność administracyjną.

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 dostosowania działalności SPZOZ do standardu określonego w § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ, tj. dokonywania przez lekarzy adnotacji o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, w sytuacji gdy świadczenie takie jest udzielane za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej,

Wnioski i wnosi o:

1. **Podjęcie działań w celu dostosowania Regulaminu organizacyjnego do stanu faktycznego w zakresie prowadzonych poradni i gabinetów higieny szkolnej oraz uwzględnienia w tym dokumencie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej (teleporad).**
2. **Zapewnienie zgodności harmonogramów pracy lekarzy chirurga i pediatry ze stanem faktycznym.**
3. **Zapewnienie harmonogramu pracy w umowie cywilnoprawnej o świadczenie usług medycznych, zawartej z lekarzem okulistą.**
4. **Wyegzekwowanie od lekarzy okulisty i ginekologa obowiązków ewidencjonowania zrealizowanych punktów/przepracowanego czasu i przekazywania SPZOZ zestawień w tym zakresie według ustalonego wzoru.**
5. **Zapewnienie zgodności pisemnego zakresu obowiązków pielęgniarki J.M. z faktycznie powierzonymi jej obowiązkami.**
6. **Podjęcie działań, w celu zapewnienia wykorzystywania modułów eRejestracja i eWyniki Lab oraz Księgowość.**
7. **Zapewnienie aktualnej inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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.

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
Michał Nowak
St. inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....