



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.018.02.2020

**Pan
Mariusz Żabiński
Dyrektor Miejskiego Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Chełmie**

ul. Wołyńska 11
22-100 Chełm

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/20/054 „Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmie, ul. Wołyńska 11, 22-100 Chełm (dalej: ZOZ lub Zakład)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariusz Żabiński, Dyrektor ZOZ od 1 sierpnia 2018 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 18 grudnia), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	Marek Dalek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/135/2020 z 30 września 2020 r. Ewa Kulik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/153/2020 z 27 października 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 5-9)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja pracy personelu medycznego ZOZ, z uwzględnieniem zadań administracyjnych oraz podział kompetencji wśród kadry niemedycznej zapewniły realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznaczali średnio około 64% czasu trwania porady, a pozostały czas na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Jednakże szczegółowa analiza wykazała, że tylko podczas 20,3% porad lekarze przeznaczali na badanie pacjenta co najmniej 70% z łącznego czasu trwania porady, natomiast aż w 79,7% porad czas ten był krótszy.

Pielęgniarki i położna wypełniały dodatkowe obowiązki administracyjne, co uzasadniano potrzebami organizacyjnymi Zakładu, w tym nieliczną kadrą niemedyczną.

ZOZ wyposażony był w narzędzia informatyczne, jednak nie w pełni pozwalały one na kompleksowe zarządzanie Zakładem oraz wspomaganie i usprawnienie pracy personelu zarówno przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, jak i sporządzaniu wymaganej sprawozdawczości i raportowaniu do Narodowego Funduszu Zdrowia³. Nie zapewniono przepływu danych pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami Zakładu, które stanowiły osobne bazy danych. Poza medycznym systemem informatycznym znajdowały się gabinety zabiegowe oraz medycyny szkolnej, ze względu na brak wyposażenia w sprzęt informatyczny i niezbędne oprogramowanie. Użytkowany system nie umożliwiał integracji z systemami do obsługi diagnostyki obrazowej,

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Dalej: ustawa o NIK.

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

³ Dalej: NFZ.

jak i laboratoryjnej i nie był bezpośrednio zasilany wynikami badań. Brak możliwości pobierania przez system listy zakładów pracy pacjenta powodował, że nie był on wykorzystywany do wystawiania zwolnień lekarskich.

Dokumentacja medyczna Zakładu była prowadzona tylko częściowo w formie elektronicznej, mimo, że umożliwiał to zakupiony moduł systemu informatycznego. W ocenie NIK, wynikało to w głównej mierze z wieloletnich przyzwyczajeń personelu medycznego oraz nieprzeprowadzenia szkoleń w tym zakresie, ze względu na zwiększone obciążenie pracą w związku z nieobecnością części kadry medycznej w okresie pandemii COVID-19.

Nieokreślenie w regulaminie organizacyjnym ZOZ przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów łączności (teleporad) oraz miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w tej formie nie wpłynęło na ocenę kontrolowanej działalności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Opis stanu faktycznego	1.1. W latach 2019-2020 (do 18 grudnia) świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na podstawie umów zawartych z NFZ obejmowały: – podstawową opiekę zdrowotną (dalej: POZ) udzielaną w następujących zakresach: świadczeń lekarza POZ, świadczeń pielęgniarki POZ, świadczeń położnej POZ (w dwóch miejscach udzielania świadczeń⁵) oraz świadczeń pielęgniarki szkolnej (w 26 gabinetach w placówkach oświatowych⁶), – ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (dalej: AOS) w zakresie świadczeń położnictwa i ginekologii oraz dermatologii i wenerologii (udzielanych w jednym miejscu⁷), – leczenie stomatologiczne (udzielane w sześciu lokalizacjach⁸, w tym gabinetach szkolnych). ZOZ na podstawie zawartych umów zapewniał świadczenia diagnostyki obrazowej (w pracowni usg oraz pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej w jednej lokalizacji⁹) oraz diagnostyki laboratoryjnej (także w jednej lokalizacji¹⁰). W kontrolowanych latach zakres świadczeń nie zmniejszył się. (akta kontroli tom I str. 19-24, 324, 354-411) W obowiązującym od 1 lipca 2019 r. regulaminie organizacyjnym ZOZ¹¹ określone zostały m.in. miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, ich zakres, przebieg procesu udzielania, w tym zasady rejestrowania i przyjmowania pacjentów, przyjęć w stanach nagłych. (akta kontroli tom I str. 17-62, 322-325) W działalności Zakładu udzielanie teleporad za pośrednictwem systemów łączności rozpoczęto od 15 marca 2020 r., w związku z ogłoszeniem pandemii COVID-19.

⁴ 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.

⁵ Tj. w Przychodni nr 1 przy ul. Wołyńskiej 11 oraz w Przychodni nr 2 przy ul. Połanieckiej 11 w Chełmie.

⁶ Położonych w Chełmie i gminie Chełm.

⁷ Przy ul. Wołyńskiej 11 w Chełmie.

⁸ W Chełmie przy ul. Wołyńskiej 1, ul. Rejowieckiej 76, ul. Powstańców Warszawy 10, ul. Synów Pułku 15, ul. Połanieckiej 10, ul. Szpitalnej 14.

⁹ Przy ul. Wołyńskiej 11 w Chełmie.

¹⁰ Przy ul. Połanieckiej 11 w Chełmie.

¹¹ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Zakładu nr 6/2019 z dnia 28 czerwca 2019 r.

W regulaminie organizacyjnym ZOZ z dnia 15 kwietnia 2020 r. wprowadzono¹² zmianę do postanowień określających przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, poprzez dodanie zapisu o możliwości udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporada). Jednak przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych we wskazanej formie, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń został określony w odrębnym zarządzeniu Dyrektora, wydanym w tym samym dniu, tj. nr 5/2020 w sprawie wprowadzenia procedur związanych z postępowaniem w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2¹³ w związku z prowadzoną działalnością ZOZ. Określono w nim m.in. schemat postępowania z pacjentem w POZ w trakcie udzielania teleporady, a także procedurę przyjęcia w poradni ginekologiczno-położniczej.

Pełna regulacja obejmująca zasady udzielania teleporad przez lekarzy ZOZ wprowadzona została zarządzeniem nr 7/2020 z 22 lipca 2020 r. Wskazano w nim m.in., że teleporada jest podstawowym trybem udzielania świadczeń pacjentom korzystającym ze świadczeń medycznych w przychodniach Zakładu. Jednakże, w przypadku, gdy w trakcie teleporady lekarz nie może przeprowadzić skutecznego leczenia lub rozwiązania problemu zdrowotnego pacjenta, ma obowiązek osobistego zbadania pacjenta z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa. Określono, że w osobistym kontakcie z pacjentem realizowane powinny być badania profilaktyczne dzieci i młodzieży, w tym kwalifikacje do szczepień ochronnych oraz leczenie noworodków, niemowląt i dzieci do 2 r.ż. (§ 1 ust. 1-4). Schemat udzielania teleporady został określony w § 2 zarządzenia.

Po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej¹⁴, zasady udzielania teleporad w ZOZ zostały dostosowane do wymogów ww. rozporządzenia w zarządzeniu Dyrektora nr 8/2020 z 23 października 2020 r. Zasady zostały udostępnione pacjentom w formie skróconej na drzwiach wejściowych do budynków przychodni oraz na stronie internetowej ZOZ.

(akta kontroli tom I str. 63-83, 225, 314-315, 412-433)

W celu uzyskania świadczenia w formie teleporady pacjent kontaktował się telefonicznie z właściwą rejestracją. Po wstępnym wywiadzie dotyczącym celu teleporady i ocenie czy problem, z którym zgłosił się może być rozwiązany w sposób niewymagający bezpośredniego kontaktu z lekarzem, pracownik rejestracji ustalał datę i przedział czasowy realizacji teleporady. Pacjent był informowany, aby oczekiwał na kontakt, w celu uniknięcia nadmiernego ruchu telefonicznego i blokowania połączeń. Lekarz z telefonu przeznaczanego do realizacji teleporad dzwonił do pacjenta. Nieodebranie połączenia (według przyjętych zasad: po co najmniej trzech próbach, wykonywanych w odstępach 5 minutowych) powodowało anulowanie teleporady, o czym dokonywano wpisu w dokumentacji pacjenta.

Według informacji Dyrektora ZOZ: teleporady udzielane były codziennie zgodnie z harmonogramem danego lekarza. ZOZ nie dysponował systemem umożliwiającym nagrywanie teleporad, ale ich opis i adnotacja, że świadczenie zostało udzielone w tym trybie umieszczano w dokumentacji pacjenta.

Potwierdziło to - przeprowadzone w trakcie kontroli NIK - badanie dokumentacji pięciu pacjentów, którym udzielono świadczeń w tej formie.

(akta kontroli tom I str. 63-83, 319-320, 325-327)

¹² Zarządzenie Dyrektora ZOZ nr 4/2020 z 15 kwietnia 2020 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego.

¹³ W którym ustalone zostały zasady postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem, m.in. w zakresie zalecanych środków ochrony osobistej; procedury postępowania w przypadku przyjmowania pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2; wywiadu potwierdzającego występowanie objawów; procedury pomiaru temperatury u pracowników ZOZ.

¹⁴ Dz. U. poz. 1395.

Na koniec 2019 r. zapewniano pacjentom możliwość dodzwonienia się przy użyciu siedmiu numerów stacjonarnych wchodzących na centrale w przychodniach i dodatkowego numeru stacjonarnego bezpośrednio do rejestracji poradni dziecięcej (w Przychodni nr 1). Na koniec września 2020 r. oprócz dotychczasowych numerów stacjonarnych dla pacjentów dostępnych było dodatkowych osiem numerów telefonów komórkowych do rejestracji. W celu uniknięcia blokady połączeń przychodzących, ZOZ zapewnił lekarzom kolejnych 12 numerów telefonów komórkowych do połączeń wychodzących, w ramach których realizowano teleporady.

Pracownicy rejestracji dokonując zapisu pacjenta mieli możliwość przyporządkowania wizycie sześciu statusów – przyjęty na bieżąco, oczekujący, oczekujący DiLO¹⁵, poza kolejnością, przyjęty w stanie nagłym i kontynuacja leczenia. Jeżeli pacjent nie mógł skorzystać z przysługującego mu tzw. pierwszego wolnego terminu, bo nie odpowiadał mu termin wizyty, osoba rejestrująca mogła wybrać status „termin wybrany przez pacjenta”.

(akta kontroli tom I str. 306, 314)

Na koniec grudnia 2019 r. do lekarzy zapisanych było 21 618 osób, a na 30 czerwca 2020 r. 21 050 pacjentów, tj. zapewniono spełnienie standardu¹⁶, że jedna linia telefoniczna powinna przypadać na 3 000 zapisanych pacjentów.

Według danych zamieszczonych na stronie internetowej ZOZ, pacjenci mogli zapoznać się z zasadami udzielania świadczeń medycznych, w tym w formie teleporad. Skrócona wersja zasad została także udostępniona w formie wydruku wywieszonego na tablicach ogłoszeń ZOZ, w sposób zapewniający widoczność z zewnątrz budynku. Oprócz teleporad lekarze udzielali świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem w przychodni.

(akta kontroli tom I str. 312-315, 319-321)

Od 15 marca¹⁷ do 30 czerwca 2020 r. udzielono 9 952 świadczeń zdrowotnych w formie teleporad w POZ oraz 415 w AOS, co stanowiło odpowiednio 22,2% i 13,8% ogólnej liczby świadczeń udzielonych w I półroczu 2020 r.

Dyrektor ZOZ stwierdził, że przed pandemią COVID-19 nie wprowadzano ograniczeń w dostępie do przychodni. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi w okresie pandemii wprowadzono wstępną weryfikację telefoniczną w postaci skróconego wywiadu epidemiologicznego, proponując w pierwszej kolejności kontakt telefoniczny pacjenta z lekarzem. Jeśli problem zdrowotny nie został rozwiązany, pacjent był umawiany na bezpośrednią wizytę w gabinecie lekarskim z ustaleniem daty i godziny świadczenia. O zasadach udzielania świadczeń w okresie pandemii pacjenci byli informowani poprzez ogłoszenia na zewnątrz budynku, stronę internetową oraz w trakcie rozmowy telefonicznej.

(akta kontroli tom I str. 223-228, 246-248)

Badanie próby dokumentacji medycznej 10 udzielonych świadczeń tj. pięciu w formie teleporady i pięciu w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem wykazało, że prowadzona dokumentacja w formie papierowej spełniała wymogi § 4-7 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej

¹⁵ Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne.

¹⁶ Zgodnie ze standardem OJ11 – Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej - określonym 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 zdrowotnej (Dz. Urz. MZ Nr 4, poz. 42). Według stanu na dzień rozpoczęcia niniejszej kontroli ZOZ nie posiadał certyfikatu akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także nie był w trakcie procedury akredytacyjnej.

¹⁷ Data, od której rozpoczęto w ZOZ udzielanie świadczeń w formie teleporad.

przetwarzania¹⁸. Zawierała prawidłowe oznaczenie pacjenta. W sześciu przypadkach w dokumentacji znajdowały się udostępnione przez pacjenta istotne informacje (karta pobytu w szpitalu, wynik badania echokardiograficznego, wyniki badania ekg i rtg). Wszystkie poddane analizie wpisy w dokumentacji medycznej o udzielonych świadczeniach zawierały nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, informacje dotyczące stanu zdrowia, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, zalecenia dotyczące leków i ich dawkowania, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń, numer prawa wykonywania zawodu, podpis lekarza i datę. W przypadku teleporady dokumentacja zawierała adnotację o jej udzieleniu ze wskazaniem daty i godziny jej udzielenia.

(akta kontroli tom I str. 319-321)

W wewnętrznych regulacjach ZOZ nie określono średniego czasu na przyjęcie pacjentów w POZ i AOS.

Dyrektor ZOZ stwierdził, że z aktualnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania POZ wynika, że sprawne działanie jednostki warunkuje elastyczny terminarz wizyt, który umożliwia przyjmowanie pacjentów w ustalonym terminie, a także uwzględnia chorych zgłaszających się z nagłymi problemami zdrowotnymi oraz wymagających dłuższej porady. Czas przeznaczony na jej udzielenie jest uzależniony od problemów i indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta.

Dyrektor ZOZ podał, że dla sprawnej organizacji systemu rejestracji przyjęto: 10 minut dla wizyty pacjenta w POZ; 5 minut dla wizyty tzw. recepturowej (powtórzenie leków, wystawienie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne); 20 minut na wizytę w poradni AOS. Wymienione przedziały czasowe nie zostały sformalizowane.

(akta kontroli tom I str. 306-307)

Analiza dokumentacji ZOZ wybranej dla sześciu lekarzy (po dwóch z POZ, poradni ginekologiczno-położniczej i poradni dermatologicznej) za kwiecień, czerwiec i sierpień 2020 r. wykazała, że w przypadku czterech lekarzy AOS nie byli oni dostępni w czasie określonym w harmonogramie pracy poradni (indywidualnych harmonogramach przyjęć lekarzy). Lekarze w poradni ginekologiczno-położniczej nie pracowali w dniach: 7, 14, 21, 28 kwietnia i 30 czerwca (jeden) oraz w dniach: 9 kwietnia, 10 i 13 sierpnia 2020 r. (drugi). W poradni dermatologicznej: jeden lekarz nie pracował w dniach 2, 7, 9, 14, 16, 21, 23, 28 kwietnia, 9, 16, 23, 30 czerwca oraz 18, 20 sierpnia 2020 r., drugi w dniach: 2, 6, 7, 9, 14, 20, 23, 28, 30 kwietnia, 1, 4, 8, 9, 15, 18, 22, 25, 29, 30 czerwca 2020 r.

15 marca 2020 r. NFZ wydał komunikat¹⁹ dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w którym zalecił ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń, w tym m.in. w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dyrektor ZOZ pismem z 17 marca 2020 r. poinformował Oddział Wojewódzki NFZ o zmianie w systemie organizacji pracy Zakładu, związanej z udzielaniem świadczeń medycznych w ramach umów z NFZ, w tym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dyrektor wyjaśnił, że pandemia COVID-19 spowodowała zaburzenia w funkcjonowaniu poradni specjalistycznych. W kwietniu - w związku z wprowadzeniem teleporad - znacznie zmniejszyła się liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy AOS, co było spowodowane zarówno odwoływaniem

¹⁸ Dz. U. poz. 666, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

¹⁹ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html>.

bądź przekładaniem wizyt przez pacjentów, jak i ograniczeniem czasu pracy - przez personel medyczny w celu ochrony przed zakażeniem. W czerwcu i sierpniu nieobecność lekarzy ginekologów była związana z ich urlopami, o czym poinformowano pacjentki i udzielono im świadczeń w innych terminach. Nieobecności w czerwcu i sierpniu 2020 r. jednego z lekarzy dermatologów wynikały z odbywania przez niego obowiązkowych staży i szkoleń wynikających z programu specjalizacji. Nieobecność drugiego z dermatologów spowodowana była ograniczeniem związanym z zakazem pracy lekarzy zatrudnionych w tzw. oddziałach covidowych w innych jednostkach.

Dyrektor dodał, że dla lekarzy AOS Zakład nie jest podstawowym miejscem pracy, w związku z tym występowały niedogodności związane z nagłymi zgłoszeniami przez lekarzy nieobecności i przekładaniem wizyt na inne terminy. W ocenie Dyrektora istotna była także wysokość kontraktu, która faktycznie skutkowałą ograniczeniem realizacji świadczeń do liczby punktów wynikających z umowy z NFZ. Za nadwykonania świadczeń NFZ płacił tylko częściowo.

(akta kontroli tom I str. 271-300, 346-355, tom II str. 439-502)

W rejestrze skarg i wniosków Zakładu w okresie 2019-2020 (do 30 września) zarejestrowano dwie skargi. Jedna dotyczyła danych osobowych dziecka wezwanego do przychodni w celu szczepienia. Druga odmowy zarejestrowania pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Obie skargi zostały rozpatrzone w terminie określonym w Regulaminie rozpatrywania skarg i wniosków ZOZ²⁰, a skarżących pisemnie poinformowano o sposobie ich załatwienia.

(akta kontroli tom I str. 84-98, 338-342)

1.2. Zatrudnienie w ZOZ oraz przeliczenie na etaty kształtowało się następująco:

- na 31 grudnia 2018 r. 139 osób (na 121,3 etatu),
- na 31 grudnia 2019 r. 126 osób (na 109,3 etatu),
- na 30 września 2020 r. 131 osób (na 116,3 etatu).

Podstawową formą zatrudnienia była umowa o pracę. Na 31 grudnia 2018 r. na tej podstawie zatrudnionych było 88,5% osób (123 osoby na 117,8 etatu), na 31 grudnia 2019 r. 86,5% (109 osób na 104,5 etatu), a na 30 września 2020 r. 88,5% (116 osób na 111,5 etatu). Na podstawie umów cywilnoprawnych (w tym tzw. kontraktów) zatrudniano odpowiednio 11,5% (16 osób), 13,5% (17 osób) oraz 11,5% (15 osób) kadry.

Personel medyczny stanowił od 77,0% do 77,7%²¹ ogółu zatrudnionych, co kształtowało się następująco:

- na 31 grudnia 2018 r.: 108 osób, w tym: 31 lekarzy (17 na umowę o pracę, 10 na podstawie kontraktów i 4 na umowy zlecenia), 6 lekarzy dentyistów (na podstawie umowy o pracę), 57 pielęgniarek i położnych (w tym 1 na podstawie kontraktu), 3 osoby z innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem, 11 osób personelu medycznego ze średnim wykształceniem;
- na 31 grudnia 2019 r.: 97 osób, w tym: 29 lekarzy (15 na umowę o pracę, 9 na kontrakcie, 5 na podstawie umów zlecenia), 6 dentyistów, 47 pielęgniarek i położnych (w tym 1 na podstawie kontraktu), 3 osoby z innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem, 12 osób z personelu medycznego ze średnim wykształceniem (w tym 1 na podstawie umowy zlecenia);
- na 30 września 2020 r.: 101 osób, w tym: 28 lekarzy (15 na umowę o pracę, 10 na kontrakcie, 3 na umowach zlecenia), 6 dentyistów, 53 pielęgniarek i położnych, 3 osoby z innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem, 11 osób z personelu medycznego ze średnim wykształceniem

²⁰ Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków w trakcie niniejszej kontroli był dostępny na stronie internetowej ZOZ w zakładce „Kontakt” <http://msp.poznań.pl/kontakt>

²¹ Tj. 77,7% na 31.12.2018 r., 77,0% na 31.12.2019 r. i 77,1% na 30.09.2020 r.

(w tym 1 na podstawie umowy zlecenia).

Personel niemedyczny stanowił od 22,3% do 23%²² kadry Zakładu:

- na 31 grudnia 2018 r. było to 31 osób, w tym: 6 rejestratorek, 14 pracowników administracji (m.in. statystycy medyczni, informatycy, stanowisko ds. organizacji i nadzoru) i 11 osób z obsługi (m.in. telefonistki, powielaczowy),
- na 31 grudnia 2019 r. 29 osób, w tym: 5 rejestratorek, 12 pracowników administracji, 12 osób z obsługi,
- na 30 września 2020 r. 30 osób, w tym: 6 rejestratorek, 12 pracowników administracji, 12 osób z obsługi,

(akta kontroli tom I str. 229-231)

W okresie objętym kontrolą, ZOZ krótkotrwale zatrudniał pięciu pracowników wspomagających pracę personelu medycznego. Zatrudnienie było efektem zobowiązania wynikającego z umów zawartych z powiatowym urzędem pracy na organizację staży finansowanych ze środków publicznych. Na tej podstawie zatrudnione zostały:

- na miesiąc: dwie rejestratorki, statystyk i sekretarka medyczna,
- na trzy miesiące jedna rejestratorka.

Wprowadzenie teleporad nie wpłynęło na zmianę zatrudnienia w Zakładzie.

(akta kontroli tom I str. 310, 317-318)

Dyrektor ZOZ podał, że obsada lekarska w badanym okresie zapewniała udzielanie świadczeń. Jednak z uwagi na podeszły wiek niektórych lekarzy, Zakład poszukuje lekarzy ze specjalizacją z: dermatologii (1 osoba), pediatrii (2 osoby), medycyny rodzinnej (2 osoby) i lekarzy stomatologów (3 osoby). Informacje na ten temat były zamieszczane na stronie internetowej i w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, a także na stronach ogłoszeniowych portali branżowych, stronie internetowej ZOZ oraz urzędów pracy.

(akta kontroli tom I str. 310-311, 317-318)

1.3. Według danych finansowo-księgowych ZOZ koszty wynagrodzeń ogółem w 2019 r. wyniosły 7 126,7 tys. zł, w tym 6 992,7 tys. zł (98,1%) koszty wynagrodzeń osobowych, a 134,0 tys. zł (1,9%) wynagrodzeń bezosobowych. Stanowiły one (łącznie osobowe i nieosobowe) 69,6% kosztów działalności operacyjnej (10 235,8 tys. zł) i 69,4% kosztów działalności ogółem (10 267,2 tys. zł).

W I półroczu 2020 r. koszty wynagrodzeń kształtowały się na poziomie 3 230,4 tys. zł, w tym wynagrodzenia osobowe 3 169,5 tys. zł (98,1%) i 60,9 tys. zł (1,9%) wynagrodzenia bezosobowe, co stanowiło 67,3% kosztów działalności operacyjnej i kosztów działalności ogółem (4 802,1 tys. zł²³).

Koszt tzw. umów kontraktowych wyniósł w 2019 r. 479,2 tys. zł, a w I półroczu 2020 r. 240,8 tys. zł, natomiast ich udział w kosztach działalności operacyjnej stanowił 4,68% i 4,66% w kosztach działalności ogółem za 2019 r. oraz 5,0% w kosztach działalności operacyjnej i kosztach ogółem ZOZ w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 107, 114-129, tom II str. 339-344)

Koszty wynagrodzeń osobowych pracowników ZOZ w ramach stosunku pracy w okresie 2019-2020 (do 30 czerwca) wyniosły ogółem 10 161,3 tys. zł, w tym 6 991,8 tys. zł w 2019 r. i 3 169,5 tys. zł w I półroczu 2020 r.

Średniomiesięczne wynagrodzenie brutto w podziale na grupy zawodowe kształtowało się następująco:

- lekarze od 8,4 tys. zł w I półroczu 2020 r. do 9,7 tys. zł w II półroczu 2019 r.,
- lekarze dentyści od 5,4 tys. zł w I półroczu 2020 r. do 6,9 tys. zł w I półroczu

²² Tj. 22,3% na 31.12.2018 r., 23% na 31.12.2019 r. i 22,9% na 30.09.2020 r.

²³ Koszty działalności operacyjnej i koszty działalności ogółem były równe w I półroczu 2020 r.

2019 r.,

- pielęgniarki i położne od 4,3 tys. zł w I półroczu 2019 r. do 5,3 tys. zł w II półroczu 2019 r.,
- rejestratorki od 2,5 tys. zł w I półroczu 2019 r. do 3,3 tys. zł w I półroczu 2020 r.,
- administracja od 3,6 tys. zł w I półroczu 2019 r. do 3,7 tys. zł w II półroczu 2019 r.,
- obsługa od 2,3 tys. zł w I półroczu 2019 r. do 2,9 tys. zł w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 242)

Dyrektor ZOZ odnosząc się do przyczyny wzrostu/spadku średnich miesięcznych wynagrodzeń stwierdził, że: w przypadku lekarzy wzrost w II półroczu 2019 r. spowodowany był wypłatą nagrody jubileuszowej i odprawy emerytalnej, natomiast spadek w I półroczu 2020 r. wynikał z absencji chorobowej i w konsekwencji wypłaty zasiłku chorobowego z ZUS. W przypadku lekarzy dentystów na średnie wynagrodzenie wpływ miała przede wszystkim wielkość wypłacanych nagród, które były uzależnione od ilości zrealizowanych punktów. Wzrost wynagrodzeń wśród pielęgniarek w II półroczu 2019 r. był związany z odejściem pielęgniarek na emeryturę i wypłatami odpraw emerytalnych oraz nagród jubileuszowych. Wzrost wynagrodzenia rejestratorek w I półroczu 2020 r. spowodowany był zmianą sposobu określania minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz koniecznością zróżnicowania wynagrodzeń rejestratorek względem pracowników obsługi.

(akta kontroli tom I str. 332-334)

Koszty umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontraktów) wyniosły łącznie 720,0 tys. zł, w tym 479,2 tys. zł w 2019 r. i 240,8 tys. zł w I półroczu 2020 r. Natomiast średnie miesięczne wynagrodzenie w poszczególnych półroczach kształtowało się w grupie lekarzy od 4,4 tys. zł (w I półroczu 2019 r.) do 4,5 tys. zł (w II półroczu 2019 r.). W przypadku położnej od 0,2 tys. zł (w II półroczu 2019 r.) do 0,7 tys. zł (w I półroczu 2019 r.)²⁴.

Z tytułu wynagrodzeń bezosobowych (umów zlecenia) w analogicznym okresie poniesiono następujące koszty: ogółem 194,2 tys. zł brutto, w tym 133,3 tys. zł w 2019 r. oraz 60,9 tys. zł w I półroczu 2020 r. Z kolei średniomiesięczne wynagrodzenie kształtowało się następująco:

- wśród lekarzy od 1,2 tys. zł (w I półroczu 2019 r.) do 2,6 tys. zł (w II półroczu 2019 r.),
- w administracji od 0,9 tys. zł (w I półroczu 2019 r.) do 2,0 tys. zł (w II półroczu 2019 r.),
- w obsłudze 0,2 tys. zł (w I półroczu 2019 r.).

(akta kontroli tom I str. 243-244)

1.4. Personel administracji i obsługi ZOZ zaangażowany był w proces organizacji udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, co pozwoliło na odciążenie personelu medycznego od wykonywania czynności administracyjnych w następującym zakresie:

- rejestratorki medyczne zobowiązane były do: rejestracji oraz planowania terminów wizyt pacjentów, kontroli uprawnień i statusów ubezpieczeń pacjentów, prowadzenia i stałego aktualizowania kalendarza rejestracji, informowania o zmianach w harmonogramach przyjęć lekarzy i odwołanych terminach, prowadzenia i archiwizacji dokumentacji medycznej pacjentów (kompletowania dokumentów medycznych oraz dołączania ich do odpowiednich kartotek), wydawania pacjentom i osobom upoważnionym wyników badań i dokumentacji medycznej, przyjmowania od pacjentów zamówień na recepty na leki stałe;

²⁴ W I półroczu 2020 r. nie zatrudniano pielęgniarki lub położnej na podstawie kontraktu.

- do zadań statystyka medycznego należało m.in. prowadzenie sprawozdawczości i statystyki medycznej, opracowywanie, weryfikowanie i aktualizacja bazy danych pacjentów korzystających ze świadczeń ZOZ;
- do stanowiska do spraw organizacji i nadzoru należało m.in.: sporządzanie sprawozdawczości statystycznej z zakresu świadczeń medycznych, nadzór nad zapotrzebowaniem i wykorzystaniem formularzy medycznych,
- informatycy zaangażowani byli przede wszystkim w administrowanie systemami informatycznymi, w tym medycznymi, zapewnianie wsparcia technicznego użytkownikom tych systemów oraz wykorzystywanego sprzętu, a także w proces przygotowywania sprawozdań i informacji dla NFZ.

Sporządzaniem sprawozdań dla Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Urzędu Statystycznego zajmował się pracownik na stanowisku do spraw organizacji i nadzoru, a sprawozdań oraz informacji dla NFZ na stanowisku ds. organizacji i nadzoru we współpracy z sekcją statystyki medycznej, w tym z informatykami.

(akta kontroli tom I str. 240-241, 484-526, 533-546)

Dane do sprawozdań (poza większością danych do sprawozdania MZ-06) pobierane były z systemu informatycznego. Nie stanowiły jednak „gotowych” informacji objętych sprawozdawczością i wymagały opracowania informatycznego celem odpowiedniej agregacji informacji.

Dane do sprawozdania MZ-06 w zakresie liczby uczniów pobierane były z systemu informatycznego KS-PPS²⁵, w którym prowadzona była ewidencja uczniów. Działalność gabinetów pielęgniarskich w środowisku nauczania i wychowania nie była z informatyzowana, dlatego pozostałe dane do sprawozdania przygotowywały w formie papierowej pielęgniarki szkolne, a następnie pracownik zatrudniony na stanowisku organizacji i nadzoru wprowadzał je do KS-PPS.

Raporty statystyczne dla NFZ generowane były przez informatyków w miesięcznych okresach sprawozdawczych, a całość danych wymaganych w sprawozdawczości w zakresie wykonanych świadczeń wprowadzali do KS-PPS lekarze. Wprowadzeniem i aktualizowaniem w systemie danych pacjenta (personalnych, adresu, deklaracji wyboru) zajmowały się rejestratorki.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 353-354)

Wystawianiem zaświadczeń lekarskich, skierowań do sanatorium, do poradni specjalistycznej, na badania diagnostyczne zajmowali się lekarze.

(akta kontroli tom I str. 484-490, tom II str. 351)

Pracownicy poszczególnych rejestracji (POZ i AOS) zajmowali się obsługą i rejestracją pacjenta, w tym przyjmowaniem oświadczeń, przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru (lekarza, pielęgniarki i położnej POZ), wypełnianiem indywidualnej, wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentów, w zakresie określonym w § 10 pkt 1-2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom II str. 351)

Technicznych czynności związanych z włączeniem do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej (prowadzonej w formie papierowej) wyników badań diagnostycznych (otrzymywanych również w formie papierowej) zajmowali się pracownicy odpowiedniej rejestracji, w zależności od poradni, dla której przygotowywano historie zdrowia i choroby pacjentów (POZ lub AOS). W przypadku badań lub innych dokumentów udostępnionych przez pacjenta (na podstawie § 6 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej), o ich włączeniu do dokumentacji decydował lekarz, po ich analizie i ocenie czy zawierają informacje istotne dla procesu leczenia.

²⁵ KS-PPS (Podstawowy Program Świadczeniodawcy).

W czynności techniczne związane z udostępnieniem indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej, w tym przyjmowaniem wniosków pacjentów oraz sporządzaniem odpisów lub kopii, wydaniem ich pacjentom wraz z ewentualnym pobraniem opłat, zaangażowane były rejestratorki (POZ lub AOS), sekretariat Dyrektora oraz pracownik obsługi.

(akta kontroli tom II str. 351-352)

Analiza losowej próby zakresów czynności pielęgniarek POZ i AOS wykazała, że do ich zadań należały także czynności administracyjne związane z rejestracją pacjentów, prowadzeniem terminarza przyjęć czy sporządzaniem obowiązujących sprawozdań (miesięczne sprawozdania z: wykonywanych usług zabiegowych, udzielonych świadczeń przez pielęgniarkę POZ/położną POZ, udzielonych świadczeń przez pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania).

Dyrektor podał, że do obowiązków pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ZOZ należało także wykonywanie różnych czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Rejestracja pacjentów i prowadzenie tzw. terminarza wizyt były elementem świadczenia zdrowotnego. Do osoby dysponującej fachową wiedzą medyczną należy np. decyzja czy wizyta musi odbyć się w dniu zgłoszenia, czy problem zdrowotny można rozwiązać w inny sposób (np. w przypadku zamawiania leków czy potrzeby wystawienia zaświadczenia o kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne). Zadania te wykonywane były zamiennie zarówno przez rejestratorki, jak i przez pielęgniarki/położne. Praca w niektórych poradniach odbywała się w nielicznym gronie, dlatego niezbędne było zastępstwo w czynnościach koniecznych do zapewniania ciągłości pracy oraz wykonywanie zarówno czynności medycznych jak i związanych z nimi czynności administracyjnych.

(akta kontroli tom I str. 484-526, 537-546, tom II str. 416-423)

Wśród obowiązków położnej koordynującej pracę pielęgniarek i położnych (w zakresie czynności) wymienione zostały takie zadania administracyjne jak: prowadzenie spraw związanych z zaopatrzeniem Przychodni nr 1 w niezbędne leki, materiały medyczne, artykuły biurowe, środki czystościowe (pkt 4), opracowywanie harmonogramów czasu pracy pracowników obsługi oraz prowadzenie spraw związanych z dyscypliną pracy, tj. urlopy, karty czasu pracy, listy obecności, ewidencje wyjść pracowników (pkt 5), nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym, w tym nadzór nad jakością pracy pracowników obsługi zatrudnionych w Przychodni nr 1 (pkt 6).

Według Dyrektora w każdej organizacji ktoś musi wykonywać czynności związane z nadzorem nad personelem obsługi, zajmować się organizacją zaopatrzenia i gospodarką magazynową. Z uwagi na zaufanie kierownictwa Zakładu oraz gwarancję prawidłowej i rzetelnej realizacji obowiązków powierzono je konkretnej osobie z personelu medycznego, za dodatkowym wynagrodzeniem. ZOZ nie zatrudnia licznej kadry administracyjnej, która mogłaby wykonywać wymienione czynności administracyjne.

(akta kontroli I str. 484-526, 537-546, tom II str. 416-423)

W okresie objętym kontrolą wśród personelu ZOZ nie było zatrudnionych absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

(akta kontroli tom I str. 310)

1.5. W okresie objętym kontrolą w ZOZ zatrudnionych było 58 osób z personelu pielęgniarsko-położniczego: 52 pielęgniarki, 1 pielęgniarz, 5 położnych, z których 36 (62,1%) stanowiło wsparcie pracy POZ, 18 gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej (w placówkach oświatowych), 2 poradni dermatologicznej i 2 poradni ginekologiczno-położniczej.

22 osoby (37,9% kadry) posiadały wykształcenie wyższe, a pozostałe średnie

medyczne. Specjalizację w dziedzinach pielęgniarstwa posiadało 22 osoby (37,9%), w tym m.in. w dziedzinie pielęgniarstwa: zachowawczego, geriatrycznego, położniczo-ginekologicznego, chirurgicznego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. Kursy kwalifikacyjne ukończyło 47 osób (81,0%), m.in. w dziedzinie: pielęgniarstwo rodzinne, środowiskowo-rodzinne, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, środowiska nauczania i wychowania, rodzinne dla położnych. Podstawową formą zatrudnienia była umowa o pracę²⁶ w wymiarze 37 godzin 55 minut tygodniowo (50 osób, 87,7% kadry zatrudnionej na tej podstawie). Staż pracy co najmniej 15 letni posiadało 52 osoby (89,7%).

Pielęgniarki i położne²⁷ udzielające świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej posiadały kwalifikacje określone w art. 7–8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej²⁸.

(akta kontroli tom I str. 232-239, 344-345)

1.6. W 2019 r. lekarze ZOZ udzielili łącznie 117,7 tys. porad wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym 100,4 tys. (85,3%) w przychodniach a 17,3 tys. (14,7%) w trakcie wizyt domowych. Lekarze POZ udzieli 110 tys. porad (93,5%), a lekarze w AOS 7,7 tys. porad (6,5%). W 2019 r. nie udzielano teleporad.

W 2020 r. (do 30 czerwca) lekarze udzielili łącznie 47,8 tys. porad, w tym:

- w POZ 44,7 tys. porad (34,8 tys. (77,8%) w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, 9,9 tys. (22,2%) w formie teleporady),

- w AOS 3,0 tys. porad (2,6 tys. (86,2%) w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 0,4 tys. (13,8%) teleporad).

Na jednego lekarza POZ w 2019 r. przypadło średnio 6,1 tys. porad, a w I półroczu 2020 r. 2,6 tys. (2 tys. w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 0,6 tys. w formie teleporad). Z kolei na jednego lekarza AOS w 2019 r. przypadło średnio 1,3 tys. porad, a w I półroczu 2020 r. 603 (520 w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 83 teleporad).

W I półroczu 2020 r. pielęgniarki i położne AOS nie udzielały samodzielnych porad.

(akta kontroli tom I str. 245-248)

Nie korzystano z możliwości zlecania pielęgniarkom i położnym (od stycznia 2020 r.) samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta (tj. udzielania porad pielęgniarских i porad położnej) w poradni ginekologiczno-położniczej.

Dyrektor ZOZ podał, że położne zatrudnione w poradni ginekologiczno-położniczej nie spełniały warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁹.

Osiem osób z personelu ZOZ (siedem pielęgniarek i pielęgniarz) ukończyło (w 2016 r.) kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych. Kadra ta była zatrudniona w POZ oraz w dwóch gabinetach medycyny szkolnej.

(akta kontroli tom I str. 234-239, 309, tom II str. 416, 420-423)

Średni czas udzielenia porady (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) przez lekarza POZ w 2019 r. wyniósł 15 minut 33 sekundy, a w I półroczu 2020 r. 20 minut 49 sekund. W przypadku lekarzy dermatologów średni czas porady wyniósł 7 minut 2 sekundy w 2019 r. oraz 11 minut 50 sekund w I półroczu 2020 r.³⁰

²⁶ Jedna położna była zatrudniona na podstawie tzw. kontraktu w okresie od 14.09.2018 r. do 31.12.2019 r. w wymiarze 9 godzin tygodniowo.

²⁷ Szczegółowym badaniem kwalifikacji objęto osiem pielęgniarek i jedną położną.

²⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.

²⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

³⁰ Dane według zestawień sporządzonych zgodnie z wzorem zawartym w załączniku nr 21 Obciążenie pracą personelu medycznego.

Dla ustalenia średniego czasu porad udzielonych przez lekarzy ginekologów przyjęto faktyczny czas porad zadeklarowany w trakcie niniejszej kontroli (w październiku 2020 r.) przez tych specjalistów³¹. Według przedstawionych danych średni czas trwania takiej porady wyniósł 15 minut 38 sekund.

Według Dyrektora ZOZ lekarze podali faktyczny czas trwania zrealizowanych wizyt. Czas przyjęć był ograniczony wysokością kontraktu z NFZ. W zakontraktowanym czasie lekarze byli w stanie udzielić więcej porad, ale nie zostałyby one sfinansowane przez NFZ³². Dyrektor dodał, że czas pracy poradni to nie tylko czas efektywnych przyjęć, ale również analiza dokumentacji, wyników badań, przygotowanie sprzętu przed i po wizycie, a także uzupełnienie dokumentacji zbiorczej czy rozliczania świadczeń, oraz czas gotowości lekarza do udzielania świadczeń w trybie nagłym.

(akta kontroli tom I str. 170-172, 175-176, 245-248, tom II str. 428-430, 436)

Według danych ZOZ w latach 2019-2020 (I półrocze) łączna liczba wystawionych dokumentów³³ wyniosła 228,4 tys., z czego lekarze udzielający świadczeń POZ³⁴ wystawili 218,9 tys. (95,9%) dokumentów, a lekarze AOS³⁵ 9,5 tys. (4,1%). W I półroczu 2020 r. zwiększyła się liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy POZ w porównaniu do 2019 r., gdyż w okresie tym wystawiono 97 tys. dokumentów, tj. o 52,7% więcej w porównaniu do I półrocza 2019 r. Największy wpływ na to miał wzrost liczby recept wystawionych przez lekarzy POZ (o 102,7% w stosunku do II półrocza 2019 r. i o 91,4% w odniesieniu do I półrocza 2019 r.). W przypadku lekarzy AOS łączna liczba wystawionych dokumentów pozostała na porównywalnym poziomie: 3,4 tys. w I półroczu 2020 r., 3,1 tys. 2019 r. w I półroczu oraz 2,9 tys. w II półroczu 2019 r.

W 2019 r. lekarze POZ i AOS wystawili łącznie:

- 92,3 tys. recept (średnio na jednego lekarza POZ przypadało 4,9 tys. recept, a w AOS 789 recept),
- 13,5 tys. skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej (średnio po: 707 na lekarza POZ, 125 na lekarza AOS),
- 8,1 tys. skierowań do poradni specjalistycznej (średnio po: 450 w POZ, jednym w AOS),
- 5,8 tys. skierowań na badania diagnostyki obrazowej (średnio po: 307 w POZ, 40 w AOS).

W tym samym okresie lekarze POZ³⁶ łącznie wystawili:

- 6,6 tys. zwolnień lekarskich (na jednego lekarza przypadało średnio 367),
- 707 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (średnio 39),
- 384 skierowań do szpitala (średnio 21),
- 378 zleceń na transport sanitarny (średnio 21),
- 9 kart DiLO.

W 2019 r. lekarze AOS (dermatolodzy) wystawili 341 informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego (na jednego lekarza przypadało średnio 170).

³¹ Na podstawie 78 porad udzielonych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem - według wzoru zawartego w załączniku nr 18 Czas trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej.

³² W poradni ginekologiczno-położniczej zakontraktowanych na 2019 r. zostało 217 228 punktów, 265 952,80 punktów zrealizowano, tzw. nadwykonania" wyniosły 48 724,80 punktów. Po negocjacjach – w październiku 2020 r. – NFZ zapłacił ZOZ do łącznej wartości punktowej 255 102,37, a za 10 850,43 pkt zrealizowanych w 2019 r. ZOZ nie otrzymał wynagrodzenia.

³³ Tj. recept, skierowań na badania diagnostyczne, skierowań do poradni specjalistycznych, skierowań do szpitala, zleceń na transport sanitarny, informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego, zwolnień lekarskich, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i kart DiLO.

³⁴ Osiemnastu w I półroczu 2019 r. oraz siedemnastu w II półroczu 2019 r. i I półroczu 2020 r.

³⁵ W poradniach ginekologiczno-położniczej i dermatologicznej - łącznie sześciu lekarzy w I półroczu 2019 r. i pięciu w pozostałym okresie.

³⁶ Brak danych w tym zakresie z AOS.

W I półroczu 2020 r. lekarze POZ i AOS wystawili łącznie:

- 88,9 tys. recept (na jednego lekarza przypadało średnio: w POZ 5,1 tys. recept, w AOS 548 recept),
- 3,5 tys. skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej (średnio na jednego lekarza: w POZ 189 skierowań, w AOS 47 skierowań),
- 2,4 tys. skierowań do poradni specjalistycznej (średnio w POZ po 143 skierowań, a w AOS poniżej jednego),
- 1,4 tys. skierowań na badania diagnostyki obrazowej (średnio w POZ 77 skierowań, a w AOS 11 skierowań).

W tym samym okresie lekarze POZ wystawili:

- 3,3 tys. zwolnień lekarskich (na jednego lekarza przypadało średnio 195),
- 186 zleceń na transport sanitarny (średnio po 11 zleceń),
- 347 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (średnio po 20),
- 3 karty DiLO.

W I półroczu 2020 r. lekarze AOS (dwóch dermatologów) wystawili 383 informacje dla lekarza POZ/lekarza kierującego (średnio 191) oraz trzy skierowania do szpitala (średnio poniżej jednego).

Zakład nie przedstawił danych dotyczących liczby wystawionych przez lekarzy:

- POZ skierowań do sanatorium i zaświadczeń lekarskich/orzeczeń w całym okresie objętym kontrolą oraz skierowań do szpitala I półroczu 2020 r.,
- AOS w całym okresie objętym kontrolą: skierowań do sanatorium, zaświadczeń lekarskich/orzeczeń, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, kart DiLO, zwolnień lekarskich, zleceń na transport medyczny oraz skierowań do szpitala w 2019 r. i skierowań do poradni specjalistycznych w I półroczu 2019 r.

Według Dyrektora ZOZ nie można tych danych ustalić na podstawie systemów elektronicznych. Znaczna część lekarzy nie korzystała z możliwości elektronicznej edycji formularzy lub dokumentów, koncentrując się na wystawianiu w tej formie tylko dokumentów wprowadzonych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących. W związku z tym skierowania, zlecenia i zaświadczenia lub orzeczenia lekarskie były w zasadzie wypisywane w formie odręcznej, a wpisy odnośnie ich wystawienia zawarte zostały w papierowej dokumentacji pacjenta. W ocenie Dyrektora: biorąc pod uwagę, że liczba osób, którym udzielono świadczeń w badanym okresie wyniosła ponad 23,7 tys. oraz ze względu na czas pandemii COVID-19 i zmniejszoną obsadę kadrową, nie jest możliwe ustalenie pełnych i wiarygodnych danych.

W przypadku zwolnień lekarskich Dyrektor podał, że lekarze specjaliści wystawiali zwolnienia (e-ZLA) w różnych miejscach udzielania świadczeń, a baza PUE ZUS nie pozwala na wyfiltrowanie zaświadczeń e-ZLA wystawionych przez nich wyłącznie w Zakładzie.

Według Dyrektora ZOZ w okresie objętym kontrolą lekarze wystawiali na wniosek pacjentów wyłącznie zaświadczenia w zakresie uregulowanym powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, lecz z uwagi na ich wystawianie wyłącznie w formie papierowej ustalenie liczby i rodzajów zaświadczeń wymagałoby przejrzania papierowej indywidualnej dokumentacji pacjentów.

Odnosząc się do „usług nie objętych świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych” (dla których ustalono cennik³⁷), tj. dla wydania „orzeczenia o zdolności prowadzenia pojazdów mechanicznych” i „zaświadczenia dla celów niezwiązanych z procesem leczenia w tym dla ZUS i KRUS”, Dyrektor Zakładu stwierdził, że nie były wystawiane przez lekarzy ZOZ.

(akta kontroli tom I str. 61, 249, 310, tom II str. 417-419)

³⁷ W pkt 7 załącznika nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego ZOZ.

1.7. Badanie³⁸ czasu trwania poszczególnych etapów 684 porad lekarskich udzielonych przez 18 lekarzy POZ i AOS wykazało, że średni czas trwania:

- porady (bez rozróżnienia ze względu na formę jej udzielenia) wyniósł 14 minut i 12 sekund (od 2 do 40 minut),
- badania podmiotowego 6 minut 24 sekundy (od 1 do 20 minut),
- badania przedmiotowego 6 minut 3 sekundy (od 2 do 15 minut).

Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego wyniósł 9 minut 5 sekund (od 1 do 25 minut), a średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych 5 minut 49 sekund (od 1 do 22 minut).

Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego stanowił 64% czasu trwania porady, a pozostały czas porady lekarz przeznaczył na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne (36%).

(akta kontroli tom I str. 130-186, 343)

Badanie 59 porad pierwszorazowych wykazało, że średni czas trwania:

- porady wyniósł 13 minut i 17 sekund (od 3 do 30 minut),
- badania podmiotowego 6 minut 40 sekund (od 3 do 15 minut),
- badania przedmiotowego 4 minuty 13 sekund (od 2 do 10 minut).

Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego wyniósł 8 minut 34 sekundy (od 5 do 20 minut), a średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych 5 minut 53 sekundy (od 3 do 20 minut). Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego stanowił 64,5% czasu trwania porady. Pozostały czas porady lekarz przeznaczył na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne (35,5%).

Badanie 293 porad, gdy pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz wykazało, że średni czas trwania:

- porady wyniósł 12 minut i 47 sekund (od 2 do 25 minut),
- badania podmiotowego 5 minut 5 sekund (od 1 do 20 minut),
- badania przedmiotowego 5 minut 29 sekund (od 2 do 12 minut).

Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego wyniósł 8 minut 20 sekund (od 1 do 20 minut), a średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych 5 minut 23 sekundy (od 1 do 22 minut). Średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego stanowił 65,1% czasu trwania porady, pozostały czas porady lekarz przeznaczył na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne (34,9%).

Badanie 332 teleporad wykazało, że średni czas trwania teleporady wyniósł 15 minut i 36 sekund (od 5 do 40 minut), średni czas trwania badania podmiotowego 7 minut 25 sekund (od 2 do 15 minut), średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych wyniósł 6 minut 11 sekund (od 2 do 20 minut). Oznaczało to, że średnio 37,4% czasu trwania teleporady, lekarz przeznaczył na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Analiza 311 porad³⁹ wykazała, że podczas 63 (20,3%) z nich lekarz przeznaczył na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta w trakcie udzielania porady, co najmniej 70% łącznego czasu jej udzielania, natomiast w 248 (79,7%) czas przeznaczony na badanie podmiotowe i przedmiotowe wynosił poniżej 70% łącznego czasu udzielania porady.

(akta kontroli tom I str. 142-152, 260-270)

³⁸ Badanie przeprowadzono w okresie 5-16 października 2020 r. i polegało na zmierzeniu przez lekarzy czasu trwania poszczególnych etapów trwania porady lekarskiej.

³⁹ Uwzględniono te porady, w których lekarz przeprowadził badanie podmiotowe, przedmiotowe lub jedno i drugie, tj. dla wizyt pierwszorazowych takich porad było 51 (w ośmiu lekarz wypełniał jedynie dokumentację), a dla wizyt kolejnych 260 (w 33 wizytach wypełniał jedynie dokumentację).

Według Dyrektora ZOZ wpływ na to miały wymogi związane z administracyjną obsługą wizyty, tj. prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta oraz sprawozdawczość do NFZ. Czas poświęcony przez lekarza na badanie podmiotowe i przedmiotowe wynikał ze stosowanych przez niego zasad dotyczących sposobu przeprowadzania wizyty, a zwłaszcza zdrowotnych i społecznych potrzeb pacjenta. Czas trwania wizyty nie został uregulowany w sposób administracyjny.

(akta kontroli tom I str. 334)

Średni czas udzielania porady przez lekarza POZ w bezpośrednim kontakcie z pacjentem w 2019 r. (II półrocze) wynosił 15 minut 13 sekund i był dłuższy o 1 minutę i 5 sekund od średniego czasu udzielania porady w przychodni w okresie pandemii COVID-19 (14 minut 8 sekund).

(akta kontroli tom I str. 130-141, 246)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W regulaminie organizacyjnym ZOZ nie określono przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad oraz miejsca ich udzielania, co stanowiło naruszenie wymogów określonych w art. 24 ust. 1 pkt 5-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁰.

Według Dyrektora ZOZ wystarczająca była zmiana wprowadzona w regulaminie organizacyjnym ZOZ z dniem 15 kwietnia 2020 r., w którym dopuszczono możliwość udzielania świadczeń w takiej formie, jednocześnie odsyłając do uregulowań wprowadzonych w formie odrębnego zarządzenia, tj. wydanego w tym samym dniu w sprawie wprowadzenia procedur związanych z postępowaniem w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2⁴¹ w związku z prowadzoną działalnością przez ZOZ. Określono w nim m.in. schemat postępowania z pacjentem w POZ w trakcie udzielania teleporady, a także procedurę przyjęcia w poradni ginekologiczno-położniczej.

W ocenie NIK, powołane wyżej przepisy jednoznacznie wskazują, że kwestie te muszą być określone w regulaminie organizacyjnym, tj. miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, którym w przypadku udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń (pkt 5) oraz przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego (pkt 6).

Regulamin organizacyjny Zakładu, oprócz funkcji normującej, ma pełnić przede wszystkim rolę informacyjną i powinien służyć pacjentom jako podstawowe źródło informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a zwłaszcza w zakresie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli tom I str. 17-83, tom II str. 412-433, 435-438)

OCENA CZĄSTKOWA

W ZOZ zapewniono realizację ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, jednak na próbie porad ustalono, że tylko w około 20% z nich na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznaczyli optymalnie, co najmniej 70% z łącznego czasu trwania porady, a pozostały czas zajęły im czynności administracyjne. Zakład zatrudniał kadrę administracyjną i obsługi, mimo to pielęgniarki i położna zostały obciążone dodatkowymi obowiązkami

⁴⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.

⁴¹ W którym ustalone zostały zasady postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem, m.in. w zakresie zalecanych środków ochrony osobistej; procedury postępowania w przypadku przyjmowania pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2; wywiadu potwierdzającego występowanie objawów; procedury pomiaru temperatury u pracowników ZOZ.

administracyjnymi, co wynikało z potrzeb organizacyjnych i nielicznej kadry niemedycznej.

Stwierdzona nieprawidłowość dotycząca nieokreślenia w regulaminie organizacyjnym przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad oraz miejsca ich udzielania nie wpłynęła na ocenę kontrolowanej działalności.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. W ZOZ użytkowane były systemy informatyczne różnych producentów:

- medyczne (w tzw. „części białej”): KS-PPS (Podstawowy Program Świadczeniodawcy) system wykorzystywany do prowadzenia dokumentacji medycznej, Centrum⁴² do diagnostyki laboratoryjnej⁴³, ArPACS⁴⁴ do diagnostyki obrazowej (rtg)⁴⁵,

- administracyjno-finansowe (w tzw. „części szarej”): system Symfonia do obsługi kadrowo – płacowej oraz finansowo – rachunkowej.

Systemy te nie były zintegrowane. Każdy z nich funkcjonował odrębnie. Nie było wymiany informacji (danych) pomiędzy nimi.

Nie wszystkie moduły/funkcje KS-PPS były w ZOZ wykorzystywane. Nie korzystano z modułów takich jak: Wizyta, POZ, Praca zdalna oraz modułów, dla których dostęp zapewniała strona internetowa, takich jak: NFZ, BLUR i Giełda pomysłów. W module Kontrakty nie korzystano z funkcjonalności Ankiety, a w module Rozliczenia z funkcjonalności: Recepty, Skierowania, Zestawienia.

Dyrektor podał, że moduły Wizyta, POZ i Praca zdalna były elementami podstawowej wersji licencji, którą posiadał ZOZ i nie było możliwości jej modyfikacji. Moduł Wizyta i POZ nie były wykorzystywane, ponieważ takie funkcjonalności miał użytkowany od 2020 r. (dodatkowo zakupiony) moduł Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), który zawierał większy zakres funkcjonalności związanych z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Moduły Wizyta i POZ w celu realizacji np. e-recepty wymagały dodatkowej licencji E-ZLA. Moduł Praca zdalna nie był wykorzystywany ze względu na trudności związane z jego użytkowaniem, gdyż nakładał dodatkowe czynności trudne do przeprowadzenia samodzielnie przez personel medyczny (wymagał kopiowania danych na komputer przenośny i po powrocie do przychodni synchronizacji z bazą główną). Poza tym nie był przygotowany do pracy z poziomym tabletem czy smartfona.

Dyrektor wskazał, że ZOZ nie korzystał z funkcjonalności „Ankiety”, gdyż na etapie kontraktowania usług NFZ udostępniał dodatkową aplikację, za pomocą której Zakład składał ofertę. Funkcjonalności: Recepty, Skierowania i Zestawienia z modułu Rozliczenia były wykorzystywane tylko w zakresie przeglądania danych, gdyż ich wprowadzanie przez personel medyczny odbywało się w innych modułach KS-PPS (w 2019 r. w module Wizyta, a w 2020 r. w module EDM).

(akta kontroli tom I str. 250-255, 330, tom II str. 361-363, 368, 396, 399-401)

⁴² System zakupiony i wdrożony w 2011 r.

⁴³ Zakres obejmował m.in. rejestrację pacjentów i zleceń, oznaczanie, identyfikację i weryfikację materiału kodami kreskowymi, obsługę pracowni analitycznej, walidację wyników, grupowanie wyników wykonanych na różnych aparatach i w różnych lokalizacjach (w tym w laboratoriach funkcjonujących jako podwykonawcy ZOZ).

⁴⁴ System zakupiony i wdrożony w 2014 r.

⁴⁵ Tj. od zarejestrowania skierowania w systemie poprzez wczytanie wykonanych zdjęć rtg jako obrazu cyfrowego, wstępną analizę prawidłowości obrazowania wykonywaną przez technikę rtg, wysłanie obrazu na diagnostyczną stację opisową, gdzie dokonywana jest ocena lekarska i wygenerowanie opisu zdjęć.

ZOZ posiadał 57 stanowisk do obsługi KS-PPS, z których korzystało 96 użytkowników⁴⁶. Laboratoryjny system Centrum posiadał cztery stanowiska, z których korzystało sześciu użytkowników, a w systemie ArPACS było pięć stanowisk z sześcioma użytkownikami⁴⁷. Z systemu administracyjno-księgowego Symfonia korzystało trzech użytkowników na trzech stanowiskach.

(akta kontroli tom I str. 330, 335)

Oględziny 10 pomieszczeń Zakładu (rejestracji ogólnej, sześciu gabinetów POZ oraz trzech gabinetów AOS⁴⁸) wykazały, że na każdym stanowisku pracy lekarza i asystującej mu w trakcie wizyty pielęgniarki lub położnej, był niezbędny sprzęt informatyczny. Na większości stanowisk były to komputery przenośne z zainstalowanym oprogramowaniem KS-PPS oraz drukarki lub urządzenia wielofunkcyjne umożliwiające wydruk. Według uprawnień nadanych przez administratora systemu moduły używane przez lekarzy to: Terminarz, Baza Leków i Środków Ochrony Zdrowia (BLOZ) z podstawowej licencji oraz moduł EDM z dodatkowej licencji. Pielęgniarki i położne oraz rejestratorka miały ten sam zakres uprawnień nazwany „Rejestracja”, w tym dostęp do modułów: Terminarz, Rozliczenia, Kartoteki.

Pracownicy administracji i statystyki medycznej (w tym informatycy) używali modułów: Serwis, Admin, Kartoteki, Rozliczenia, Kontrakty.

(akta kontroli tom I str. 14-16, 250-255, 328-334, tom II str. 173-219, 361-368)

W ostatnich latach w ZOZ dwukrotnie przeprowadzono inwentaryzację metodą spisu z natury, tj. pod koniec 2018 r. wszystkich składników majątkowych oraz w grudniu 2019 r. w zakresie zasobów informatycznych. Rozliczenia obu inwentaryzacji nie wykazały różnic pomiędzy stanem ustalonym a ewidencyjnym. Stwierdzono braki w oznakowaniu składników majątkowych numerami ewidencyjnymi oraz przemieszczenie ich pomiędzy pomieszczeniami. We wnioskach wskazano m.in. znaczne zużycie technologiczne sprzętu informatycznego i potrzebę zakupu komputerów.

(akta kontroli tom I str. 336-337, 551)

2.2. Koszty eksploatacji systemów informatycznych, w tym serwisu, konserwacji, asysty technicznej, aktualizacji oprogramowania, zakupu licencji, programu antywirusowego, w okresie 2019-2020 (I półrocze) wyniosły 83,1 tys. zł, w tym 51,9 tys. zł w 2019 r. Z tego na system KS-PPS w 2019 r. wydatkowano 13,9 tys. zł, a w I półroczu 2020 r. 7,9 tys. zł. Poniesione wydatki dotyczyły m.in. rozbudowy o dodatkowe stanowisko oraz zakupów kolejnych rocznych licencji na moduły. W 2020 r. ZOZ zakupił ze środków własnych serwer z ups (za 7,4 tys. zł brutto) i 20 komputerów przenośnych (za 47,6 tys. zł brutto).

(akta kontroli tom I str. 256-259, tom II str. 301-338)

2.3. Zamówienia publiczne udzielone przez ZOZ w okresie objętym kontrolą (w tym dostawy 20 komputerów przenośnych oraz serwera z ups) nie wymagały stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴⁹ ze względu na wartość przedmiotu zamówień, tj. poniżej wartości określonej w art. 4 ust. 8 Pzp. Dostawy te przygotowano, zrealizowano i udokumentowano zgodnie z obowiązującymi w ZOZ procedurami wewnętrznymi, określonymi w Regulaminie udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 ustawy Pzp⁵⁰ oraz zarządzeniu nr 8/2018 Dyrektora Zakładu

⁴⁶ Według grup uprawnień: lekarz, rejestracja (w tym pielęgniarki/położne i rejestratorki), statystyka, administrator.

⁴⁷ Z grupy: administrator, lekarz, rejestrator/ka, technik.

⁴⁸ Ginekologiczno-położniczego i dwóch dermatologicznych.

⁴⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., dalej: Pzp.

⁵⁰ Stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia nr 10/2018 Dyrektora ZOZ z 20 grudnia 2018 r. w sprawie zasad postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych.

z 14 listopada 2018 r. w sprawie dokumentowania zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 tys. euro, udostępniania protokołu oraz przechowywania dokumentacji tych zamówień. Zrealizowane zakupy były uzasadnione faktycznymi potrzebami ZOZ.

(akta kontroli tom I str. 337, 551, tom II str. 354)

2.4. System informatyczny KS-PPS zapewniał integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione, zgodnie z obowiązującą w ZOZ (od maja 2018 r.) „Polityką bezpieczeństwa informacji w zakresie przetwarzania danych osobowych”, w tym „Polityką zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych”. System zapewniał stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych. Użytkownicy byli jednoznacznie identyfikowani poprzez nadany im indywidualny identyfikator, a uprawnienia dostępu były nadane w zakresie zajmowanego stanowiska (w zależności od wykonywanych czynności).

Dane osobowe przetwarzane w formie elektronicznej zabezpieczono zgodnie z „Polityką bezpieczeństwa informacji w zakresie przetwarzania danych osobowych”, w tym „Polityką zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych”. Osoby uprawnione do obsługi systemu posiadały stosowne upoważnienia do przetwarzania danych.

ZOZ prowadził nadal część dokumentacji w formie papierowej, która była tożsama z danymi prowadzonymi elektronicznie (wydruki z systemu KS-PPS). Całkowicie poza systemem prowadzona była dokumentacja w ramach gabinetów medycyny szkolnej i gabinetu zabiegowego.

KS-PPS zapewniał identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu.

ZOZ posiadał dostęp do bazy danych KS-PPS, natomiast nie miał wiedzy oraz możliwości eksportu pełnego logowania zmian rekordów tekstowych. Każda dokonana zmiana (edycja) w wytworzonej dokumentacji medycznej wymagała ponownej autoryzacji wizyty. KS-PPS zapewniał informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji, natomiast nie prezentował pełnej historii logowania i zmian (modyfikacji) dokonanych w elektronicznej dokumentacji medycznej. Widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja z informacją o użytkowniku, który jej dokonał.

Dyrektor ZOZ stwierdził, że dotychczas nie podejmowano działań w tej sprawie, gdyż w pracy ZOZ nie wystąpiła taka potrzeba. W trakcie kontroli NIK, zwrócił się w tej sprawie z zapytaniem do producenta systemu. Dodał jednocześnie, że w module EDM, w przypadku modyfikacji Elektronicznej Historii Zdrowia i Choroby (EHZiCh), wraz z podpisem pracownika zostaje wygenerowany kolejny dokument, którego poprzednie wersje można przeglądać wraz z informacją o pracowniku, który dokonał tej operacji oraz „datą generacji” i „datą podpisania”.

(akta kontroli tom II str. 4-172, 225-235, 391)

W związku ze zlecanymi usługami dotyczącymi KS-PPS udzielane były serwisowi jednorazowe powierzenia danych osobowych w celu wykonania zleceń. Połączenie z serwisem odbywało się za pośrednictwem TeamViewer. Umowy zawarte z serwisami systemu laboratoryjnego i systemu diagnostyki obrazowej zawierały postanowienia dotyczące udostępnienia i przetwarzania danych osobowych. Zdalne połączenia były zabezpieczone odpowiednio przez TightVPN oraz przez OpenVPN.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 254-265, 275-276, 462-482)

System zapewniał przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. zawierał oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub

leczenie. Wydruki z systemu KS-PPS były każdorazowo autoryzowane pieczętą i podpisem lekarza, mimo że system zapewniał podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i PUE. Lekarze wykorzystywali podpis PUE-ZUS.

Dyrektor Zakładu stwierdził, że brak było zgłoszeń personelu medycznego, aby dokonać zmian w przedmiotowym zakresie.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 391)

W ZOZ wdrożono: e-receptę, e-skierowanie, e-sprawozdanie, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, e-rejestrację, e-powiadomienie, informację dla lekarza kierującego/POZ.

E-zwolnienia generowane były przez lekarzy za pośrednictwem portalu ZUS (eZLA). System KS-PPS umożliwiał wystawianie zwolnień elektronicznych, jednak opcja ta nie była wykorzystywana, ze względu na brak pobierania w tym systemie listy zakładów pracy pacjenta.

Dyrektor ZOZ podał, że ze względu na konieczność wdrożenia e-zwolnienia i ewentualne dodatkowe opłaty związane z zakupem licencji dla każdego lekarza, personel zdecydował się na wykorzystanie portalu ZUS (eZLA), do obsługi którego został przeszkolony.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 394)

Systemy diagnostyczne nie były zintegrowane z systemem KS-PPS w ramach protokołu HL7⁵¹. System KS-PPS miał możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 CDA. KS-PPS wykorzystywał standard HL7 CDA w zakresie transferu nieobrazowych danych medycznych dla dokumentów takich jak e-recepta, e-skierowanie.

Według Dyrektora ZOZ: za pomocą standardu HL7 była przekazywana informacja do lekarza kierującego. Wykorzystanie pełnej funkcjonalności prowadzenia i udostępniania dokumentacji w systemie KS-PPS w standardach HL7 CDA będzie możliwe wraz z pełnym wdrożeniem EDM (tzw. „nowej karty obsługi wizyty”). System ArPACS miał możliwości zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM, jednak opcja ta nie była wykorzystywana ze względu na brak integracji z systemem KS-PPS. Dyrektor ZOZ dodał, że w maju 2019 r. podejmował działania związane z wykorzystaniem możliwości opisu zdjęć przez Centrum Opisowe. Rozwiązanie to jednak nie zostało zrealizowane. Według aktualnych danych nie ma możliwości integracji KS-PPS z ArPACS.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 391-392)

2.5. System KS-PPS umożliwiał prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, jednak w okresie objętym kontrolą dokumentacja prowadzona była w ZOZ w dwóch formach, tj. elektronicznej i papierowej (wydruku z KS-PPS). Wyłącznie papierowo była prowadzona księga zabiegów (w gabinecie zabiegowym) oraz dokumentacja medycyny szkolnej (w gabinetach w placówkach oświatowych). W postaci elektronicznej prowadzona była m.in.: historia zdrowia i choroby, informacja dla lekarza kierującego, skierowania, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, recepty.

Dyrektor ZOZ stwierdził, że w Zakładzie była prowadzona dokumentacja papierowa, gdyż warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiały prowadzenie pełnej dokumentacji elektronicznej, co było dopuszczone § 1 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Zakład jest aktualnie w trakcie zmian organizacyjnych i technicznych w celu wprowadzenia dokumentacji elektronicznej. Dla poradni POZ moduł Elektronicznej Dokumentacji Medycznej został zakupiony

⁵¹ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

pod koniec 2019 r. Kolejno wprowadzano zmiany wynikające z przepisów, zapewniając obsługę m.in. e-recept, e-skierowań itp. Zrealizowano zakupy niezbędnego sprzętu. Brak informatyzacji (np. w gabinecie zabiegowym i gabinetach medycyny szkolnej) spowodował, że mimo dostępu do modułu EDM nadal była prowadzona dokumentacja w formie papierowej. Nie wdrożono dotychczas „nowej karty obsługi wizyty” (udostępnionej w module EDM). Personel medyczny pracował na dotychczasowej, od wielu lat użytkowanej „tradycyjnej karcie obsługi wizyty”. Powodem były m.in. ograniczenia percepcyjne pracowników uwarunkowane ich podeszłym wiekiem. Ponadto wdrożenie wymagałoby przeprowadzenia szkoleń, co nie było możliwe ze względu na pandemię i obciążenie pracą personelu w tym okresie. Dyrektor podkreślił, że funkcjonalności obu kart istotnie różnią się. Nowa karta obsługi wizyty zapewnia m.in. możliwość tworzenia formularzy/wydruków, szablonów, wyłączania niewykorzystywanych elementów/zakładek menu oraz dostęp do dokumentacji EDM pacjenta w systemie P1.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 388-389, 398)

W trakcie oględzin pomieszczeń ZOZ, sprzętu informatycznego oraz uprawnień informatycznych personelu medycznego stwierdzono, że wszyscy pracownicy (zarówno lekarze, jak i asystujące w trakcie porad pielęgniarki i położne) posiadali uprawnienia dostępowe do KS-PPS. Osoby te posiadały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym.

(akta kontroli tom II str. 155-219)

2.6. System KS-PPS pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ, lecz nie pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego z danych zgromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń. Wymagane było wsparcie informatyczne.

Według informatyków świadome generowanie raportów i bieżące poprawianie błędów umożliwiało sprawowanie kontroli nad sprawozdawczością. Dyrektor ZOZ dodał, że takie rozwiązanie z powodów organizacyjnych było optymalne, dlatego nie podejmowano działań w celu zmiany dotychczasowej praktyki.

System nie umożliwiał komunikacji z NFZ z użyciem interfejsu dostępowego z wykorzystaniem usług sieciowych, w oparciu o mechanizm WSBroker⁵².

(akta kontroli tom II str. 225-235, 395-396)

ZOZ udzielał świadczeń medycznych w dwóch lokalizacjach (przychodniach) oraz w 26 gabinetach medycyny szkolnej i gabinetach stomatologicznych w sześciu lokalizacjach. Bezpośrednie połączenie światłowodem (siecią wewnętrzną) posiadały dwie główne lokalizacje (przy ul. Wołyńskiej i przy ul. Połanieckiej), lecz stanowiły całkowicie osobne bazy danych (brak przepływu informacji w ramach tego samego systemu medycznego KS-PPS). Szkolne gabinety stomatologiczne posiadały sprzęt informatyczny, lecz nie były połączone z siecią ZOZ. Każdy z nich stanowił osobną bazę danych. Gabinety medycyny szkolnej w placówkach oświatowych nie były w okresie objętym kontrolą wyposażone w sprzęt informatyczny i niezbędne oprogramowanie.

Według informacji Dyrektora Zakładu: brak możliwości teleinformatycznych po stronie przychodni przy ul. Połanieckiej sprawił, że zdecydowano się na informatyzację poprzez oddzielne, niezależne bazy danych. W 2019 r. ustalono koszty i zakres prac związanych z połączeniem baz przez serwis producenta KS-PPS. Rozważaną alternatywą była wymiana systemu na zintegrowany. Analizy objęły również możliwości włączenia do systemu gabinetów szkolnych. Obecnie rozważane są wszystkie dostępne możliwości, jednak czas pandemii spowodował

⁵² Mechanizm umożliwiający rezerwację i pobranie w Systemie Przydzielania i Pobierania Numerów Recept.

odłożenie tych działań. Odnośnie gabinetów medycyny szkolnej Dyrektor stwierdził, że brak było środków finansowych na informatyzację tych gabinetów.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 392-393)

Zakład nie posiadał mobilnych urządzeń (np. tabletów, smartfona) do pracy zdalnej. W ramach podstawowej licencji KS-PPS⁵³ ZOZ dysponował modulem „Praca zdalna”. Według instrukcji, moduł umożliwiał pracę na danych skopiowanych (np. za pomocą pendrive’a) do odłączonego od sieci komputera przenośnego i pracę na danych poza główną bazą np. w trakcie wizyty domowej. Po przeprowadzeniu wizyty i dopisaniu danych możliwy był ich powrotny eksport do głównego systemu, bez nadpisywania istniejących rekordów, a jedynie polegający na uzupełnieniu kartotek o nowe dane.

Według Dyrektora Zakładu rozwiązanie wskazane przez producenta KS-PPS dotyczyło „pracy zdalnej” na danych skopiowanych na komputer przenośny, a nie umożliwiał pracy za pomocą tabletu czy smartfona. Poza tym korzystanie z funkcjonalności modułu nakładało na użytkownika dodatkowe czynności, które – w ocenie Dyrektora – były trudne do przeprowadzenia samodzielnie przez personel medyczny. W celu pracy z wykorzystaniem urządzeń mobilnych należy wykupić dodatkową aplikację „Wizyta lekarska”.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 390, 400-401)

KS-PPS nie był zintegrowany z systemami do obsługi diagnostyki i nie był bezpośrednio zasilany wynikami badań. Lekarze nie mieli wglądu w wyniki badań diagnostyki laboratoryjnej również przez przeglądarkę internetową (mogli zapoznać się z nimi w formie papierowej), natomiast mieli wgląd w wyniki badań diagnostyki obrazowej przez przeglądarkę internetową i mogli zaimportować pliki do KS-PPS.

Dyrektor ZOZ podał, że w zakresie możliwości zasilania systemu KS-PPS wynikami badań laboratoryjnych prowadzone były rozmowy z serwisem producenta. Według informacji uzyskanych w 2017 r. i 2019 r. taka możliwość występowała jedynie za pośrednictwem Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia (OSOZ). Ze względu na rozwiązanie tego systemu, wymagane było założenie na serwisie kont przez pacjentów. Rozwiązanie to nie spełniało oczekiwań Zakładu. Dyrektor dodał, że stan ten potwierdził przedstawiciel tej firmy w trakcie trwania kontroli NIK. W przypadku systemu diagnostyki obrazowej rtg – Dyrektor zapewnił, że od czasu jego wdrożenia prowadzone były rozmowy w zakresie integracji z KS-PPS jednak do obecnej chwili nie było takich możliwości.

(akta kontroli tom I str. 14-16, 250-255, 330-331, tom II str. 225-235, 389, 393-394)

Dyrektor ZOZ dodał, że w styczniu 2020 r. zwrócił się do producenta systemu laboratoryjnego Centrum z prośbą o przygotowanie oferty obejmującej możliwość publikowania wyników badań na stronie www (tzw. eLABORAT). Na podstawie ostatecznej oferty z września 2020 r. - w trakcie kontroli NIK - ZOZ zlecił wykonanie tej usługi. Warunkiem jej realizacji była wymiana komputerów stacjonarnych w laboratorium na odpowiadające wymogom oferty. Obecnie (w grudniu 2020 r.) Zakład jest w trakcie realizacji zamówienia publicznego w tym zakresie.

W przeglądarce internetowej były udostępniane pacjentom wyniki badań zlecone do realizacji podwykonawcom.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 393-394, 403-406)

Recepty były archiwizowane i można je było automatycznie wystawić ponownie na podstawie danych z poprzedniej recepty. Dodatkowo można było wystawić receptę na przyszły okres.

(akta kontroli tom II str. 225-235)

⁵³ Moduł „Praca zdalna” to element podstawowej wersji licencji KS-PPS, bez możliwości jej modyfikacji.

System KS–PPS umożliwiał obsługę pacjenta od deklaracji wyboru POZ i weryfikacji statusu ubezpieczeniowego (we współpracy z aplikacją NFZ e-WUŚ) poprzez rejestrację do poszczególnych poradni i lekarzy, udokumentowanie wizyty, w tym wystawienie e-recept, e-zleceń i e-skierowań, dołączanie dokumentacji zewnętrznej i archiwizację danych. To system modułowy pozwalający na stopniowanie zakresów dostępów do poszczególnych elementów w zależności od funkcji użytkownika. Zakres podstawowej licencji został rozszerzony funkcjonalnościami dodatkowo zakupionych: modułu EDM oraz opcji: „Terminarz/Wizyty/Rejestracja on-line – moduł OSOZ”, „Wspomaganie rozliczeń umów AOS w systemie JPG”.

(akta kontroli tom I str. 14-16, 250-255, 330-331, tom II str. 225-235, 361-363)

KS-PPS był zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie oraz automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta, a także typu kwarantanny lub izolacji.

Według danych ZOZ liczba udzielonych świadczeń, w których eWUŚ nie potwierdził uprawnień od 1 stycznia 2019 r. do 30 września 2020 r. wyniosła 10 210, co stanowiło 5,45% świadczeń udzielonych w tym okresie.

Zakład nie podał liczby osób (pacjentów), którym system eWUŚ nie potwierdził uprawnień. Dysponował danymi o przypadkach, w których od pacjenta był pobierany dokument potwierdzający uprawnienia do refundowanych świadczeń zdrowotnych, co było związane z brakiem potwierdzenia uprawnień. Według danych ZOZ liczba osób, które złożyły oświadczenie, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁴, w ww. okresie wyniosła 9 276. Oświadczenia były przechowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 354-356)

KS-PPS posiadał dostęp do aktualizowanej bazy leków i środków ochrony zdrowia BLOZ, kwot refundacji, dawkowania. KS-PPS był na bieżąco aktualizowany, w zależności od udostępnienia aktualizacji przez producenta, tj. do kilku razy w miesiącu (według prowadzonego w ZOZ rejestru aktualizacji). Ich przeprowadzenie każdorazowo wymagało pomocy informatyków.

Dyrektor ZOZ podał, że system KS-PPS jest tak skonstruowany, że wymaga potwierdzenia pewnych etapów aktualizacji, zalogowania się do bazy.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 271, 394)

System miał wbudowaną bazę kodów ICD-9⁵⁵ oraz ICD-10⁵⁶, aktualizowaną przez producenta wraz z aktualizacją oprogramowania.

Elektroniczna rejestracja pacjentów ZOZ odbywała się przez przeglądarkę internetową. Informacja o wizycie trafiała bezpośrednio do gabinetu lekarza w systemie KS-PPS. Pacjent otrzymywał e-mail automatycznie, jako potwierdzenie terminu, jak i sms w razie odwołania lub zmiany wizyty.

(akta kontroli tom II str. 225-235)

System KS-PPS miał zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, recept, wydawanych zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego, deklaracji wyboru, oświadczeń, o których mowa w art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z możliwością ich ewidencjonowania, drukowania oraz modyfikowania wzorów w przypadku zmian przepisów. Do wymienionych formularzy mieli dostęp lekarze, którzy korzystali z nich w ramach udzielanych świadczeń.

System nie zapewniał możliwości tworzenia nowych formularzy dokumentów/wydruków, a jedynie edycję już istniejących. Wprowadzenie nowego dokumentu

⁵⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

⁵⁵ Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9-CM.

⁵⁶ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta.

wiązałoby się każdorazowo ze zgłoszeniem zapotrzebowania do serwisu producenta.

Według informacji Dyrektora: personel medyczny nie zgłaszał potrzeby przygotowania nowych formularzy.

(akta kontroli tom II str. 225-235, 393)

Użytkownicy KS-PPS mieli możliwość dodawania w polach opisowych do słowników, własnych stałych fragmentów opisów. Dodatkowo mogli tworzyć szablony wizyty z automatycznym dodawaniem kodów ICD-9, ICD-10 oraz kodu produktu rozliczeniowego (pod kątem rozliczeń z NFZ). System posiadał opcję skanowania dokumentów, zapisywania ich na dysku, a następnie importu do KS-PPS.

(akta kontroli tom II str. 225-235)

KS-PPS umożliwiał niezależne uzupełnianie dokumentów przez poszczególne grupy personelu (lekarz, pielęgniarka, rejestratorka) bez wzajemnej blokady, z możliwością podglądu wprowadzonej informacji przez inną grupę. Edycja uzależniona była od poziomu posiadanych uprawnień.

(akta kontroli tom I str. 527-532, tom II str. 181-219, 225-235, 395-396, 399)

Pielęgniarki i rejestratorki miały dostęp do deklaracji wyboru oraz oświadczeń, o których mowa w art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ponadto analiza uprawnień do KS-PPS pielęgniarek, położnych i rejestratorki wykazała, że posiadały uprawnienia do „edycji skierowania na badania laboratoryjne”, położna i jedna z pielęgniarek także uprawnienia do „edycji zleceń” oraz (pielęgniarka) „możliwość zmiany pacjenta w zarejestrowanym zleceniu”.

Dyrektor Zakładu podał, że „edycja skierowania na badania laboratoryjne” to uprawnienie niezbędne do wydruku czystego formularza, o co często proszą lekarze personelu pomocniczego. „Prawo do edycji zleceń” i „zmiany pacjenta na zarejestrowanym zleceniu” są potrzebne do wprowadzenia skierowania do lekarza specjalisty na wizytę pierwszorazową. Zlecenie i skierowanie wprowadzane jest przez rejestrację. W niektórych przypadkach (np. w godzinach popołudniowych, gdy nie ma rejestracji) skierowanie może wprowadzić personel medyczny.

(akta kontroli tom I str. 181-219, 225-235, 356, 395, 527-532)

W okresie objętym kontrolą nie było awarii systemu medycznego, skutkujących wstrzymaniem pracy personelu medycznego. Według prowadzonego w ZOZ rejestru wystąpiły trzy awarie, które wymagały zgłoszenia i interwencji serwisu producenta, w tym podłączenia do systemu. W tych przypadkach nastąpiło zlecenie jednokrotnego powierzenia danych osobowych i zdalna realizacja usługi serwisowej. Średni czas odpowiedzi na zgłoszenie wyniósł 2 godziny 39 minut, a najdłuższy czas 4 godziny i 24 minuty, natomiast czas naprawy (od zgłoszenia do usunięcia) od kilku godzin do dwóch dni.

(akta kontroli tom II str. 232, 254-265)

W opinii 19 osób (90%) spośród 21⁵⁷ biorących udział w badaniu, wykorzystywany w ZOZ system KS-PPS był narzędziem wspierającym pracę. Tylko jeden lekarz uważał, że system utrudnia i wydłuża pracę, a drugi stwierdził, że ułatwia wypisywanie recept i skierowań, natomiast wydłuża pracę. W ocenie 19 osób system był intuicyjny w obsłudze (jedna osoba była przeciwnego zdania, a jedna nie udzieliła odpowiedzi). 20 osób zostało przeszkolonych z obsługi w zakresie wykorzystywanych funkcjonalności, a jedna samodzielnie zapoznała się z obsługą. Wsparcia przy obsłudze potrzebowało 15 osób (71%). Najczęściej korzystano z pomocy informatyka, gdy system zawiesił się, uległ awarii, wymagał aktualizacji.

(akta kontroli tom I str. 187-209)

⁵⁷ W badaniu udział wzięło 10 lekarzy oraz 11 pielęgniarek i położnych.

Według informacji Dyrektora ZOZ: interfejs oraz zasady funkcjonowania oprogramowania systemu medycznego były znane personelowi ZOZ od wielu lat. W czasie funkcjonowania Kas Chorych, a następnie NFZ, dystrybuowane były bezpłatne aplikacje tego producenta służące do składania ofert w konkursach na świadczenie usług medycznych (KS-SWD), a także do rozliczenia świadczeń, w tym generowania raportów statystycznych, rachunków rozliczeniowych i innych dokumentów elektronicznych niezbędnych w sprawozdawczości. Z czasem NFZ wycofał się z bezpłatnej dystrybucji oprogramowania, natomiast producent rozwijał je za umiarkowaną cenę w porównaniu do konkurencji. Dochodziły kolejne moduły, co w powiązaniu z niewielką ich ceną spowodowało, że ZOZ kontynuował z nim współpracę. Oprogramowanie przez lata ewoluowało do obecnego kształtu stając się pełnoprawną aplikacją do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom II str. 357)

2.7. ZOZ w dniu 10 stycznia 2019 r. podłączony został do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Systemu P1), tj. z zachowaniem terminu⁵⁸ określonego w art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵⁹.

(akta kontroli tom I str. 322-327, tom II str. 281-282)

System KS-PPS zapewniał interoperacyjność, tj. gotowość do współpracy z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. Komunikacja z platformą P1 odbywała się w zakresie e-recept i e-skierowań. Obowiązek wystawiania e-recept został wprowadzony 8 stycznia 2020 r. W 2019 r. w ZOZ wystawiano przede wszystkim recepty w formie papierowej. Stanowiły one 97,5% (90 tys. z 92,3 tys.) recept wystawionych ogółem. W 2020 r. (do 30 września) wystawiono 127,3 tys. recept, w tym 2,6 tys. (2,0%) w postaci papierowej. Według Dyrektora ZOZ: recepty w postaci papierowej wystawiano w pierwszym tygodniu 2020 r., w trakcie wizyt domowych, z uwagi na brak narzędzi elektronicznych oraz podczas braku dostępu do systemu P1 czy braku Internetu. Pierwsze e-skierowanie w Systemie Informacji Medycznej wystawiono 17 lipca 2020 r. Wystawiano skierowania zarówno w formie papierowej, jak i w elektronicznej. Do 30 września 2020 r. wystawiono 1 255 e-skierowań, w tym 981 do poradni specjalistycznej, 219 do poradni diagnostycznej i 55 do szpitala.

(akta kontroli tom I str. 331-332, tom II str. 225-235)

2.8. Nie wykorzystano możliwości nadawania uprawnień tzw. asystentom medycznym do wystawiania w imieniu lekarzy e-zwolnień lub e-recept. Dyrektor ZOZ stwierdził, że przyczyną był brak odpowiednio licznej kadry, której można byłoby powierzyć funkcje asystentów medycznych. Istotne były także uregulowania prawne dotyczące odpowiedzialności lekarzy za prawidłowość wystawienia dokumentów elektronicznych. Pomimo wykonywania czynności przez inne osoby, lekarz w dalszym ciągu ponosił odpowiedzialność za prawidłowość wystawionych dokumentów.

(akta kontroli tom I str. 302-303)

Według lekarzy⁶⁰ powody, dla których nie upoważnili - do wystawiania w swoim imieniu e-zwolnień i e-recept - osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych były następujące:

- lekarz ponosił odpowiedzialność za zasadność wystawionych dokumentów,

⁵⁸ Podłączenie do Systemu P1 powinno nastąpić nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

⁵⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 702, ze zm.

⁶⁰ Wyjaśnienia przyczyn braku skorzystania z ustawowych uprawnień udzieliło 10 lekarzy ZOZ.

- potrzeba sprawowania kontroli nad osobą upoważnioną,
- brak negatywnego wpływu na skuteczność i efektywność wykonywanych przez lekarza obowiązków,
- udzielenie upoważnienia to uprawnienie a nie obowiązek lekarza.

(akta kontroli tom I str. 211-222)

Lekarze udzielający świadczeń medycznych w ZOZ zostali przeszkoleni w zakresie e-zwolnień i e-recept. W przypadku e-zwolnień szkolenia przeprowadzili (od lipca do października 2018 r.) przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Założyli jednocześnie konta dostępne dla lekarzy i wydali certyfikaty do podpisywania e-zwolnień. W przypadku e-recept wytypowani pracownicy ZOZ uczestniczyli w szkoleniach przeprowadzonych przez przedstawicieli Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Nabyta przez nich wiedza została przekazana lekarzom w ramach indywidualnych bezpłatnych szkoleń stanowiskowych.

(akta kontroli tom I str. 303)

2.9. Analiza czasu wypełnienia przez lekarzy⁶¹ niżej wymienionych dokumentów i formularzy wykazała, że średni czas ich wypełnienia w formie elektronicznej wyniósł 3 minuty 2 sekundy, a w formie papierowej 1 minutę 49 sekund.

Najkrócej wypełniono elektronicznie skierowanie do poradni specjalistycznej – średni czas wyniósł 1 minutę 46 sekund (od 24 sekund do 4 minut 12 sekund), a najdłużej trwało wypisanie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne – średni czas wyniósł 5 minut 39 sekund (od 2 minut 45 sekund do 11 minut).

Czas wypełnienia pozostałych formularzy przedstawiał się następująco (zaczynając od najkrótszego średniego czasu):

- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe, średni czas wyniósł 1 minutę 52 sekundy (od 39 sekund do 3 minut 11 sekund),
- recepty na wypisanie nowego leku, średni czas 2 minuty 3 sekundy (od 44 sekund do 4 minut 52 sekund),
- zlecenia na transport sanitarny, średni czas wyniósł 2 minuty 7 sekund (od 1 minuty 57 sekund do 2 minut 20 sekund),
- skierowania na badania laboratoryjne, średni czas wyniósł 2 minuty 20 sekund (od 37 sekund do 4 minut 2 sekund),
- skierowania do szpitala, średni czas wyniósł 2 minuty 27 sekund (od 41 sekund do 4 minut 27 sekund),
- zwolnienia lekarskiego, średni czas 3 minuty 16 sekund (od 1 minuty 5 sekund do 6 minut 30 sekund),
- recepty na powtórzenie leku, średni czas wyniósł 3 minuty 56 sekund (od 22 sekund do 10 minut 46 sekund⁶²),
- zaświadczenia lekarskiego, średni czas wyniósł 4 minuty 32 sekundy (od 44 sekund do 14 minut 2 sekund⁶³).

Największą rozpiętość czasową pomiędzy najkrótszym i najdłuższym czasem wypełnienia przez lekarzy poszczególnych rodzajów formularzy stwierdzono w przypadku wypisywania recepty na powtórzenie leku oraz zaświadczenia lekarskiego.

Niektórzy lekarze wypełnili dokumenty/formularze w formie odręcznej (na papierze). Dotyczyło to (zaczynając od najkrótszego średniego czasu):

⁶¹ Badanie przeprowadzono z udziałem sześciu lekarzy, którzy wypełniali dokumenty/formularze elektronicznie i/lub odręcznie.

⁶² Czas wypisania zestawu leków.

⁶³ Czas wystawienia zaświadczenia ZUS - OL-9 o stanie zdrowia.

- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe, średni czas wyniósł 58 sekund (od 41 sekund do 1 minuty 27 sekund),
- skierowania na badania laboratoryjne, średni czas wyniósł 1 minutę 31 sekund (od 34 sekund do 3 minut),
- zlecenia na transport sanitarny, czas wypełniania wyniósł 1 minutę 49 sekund,
- zaświadczenia lekarskiego, średni czas wyniósł 2 minuty 19 sekund (od 1 minuty 7 sekund do 4 minut 30 sekund),
- skierowania do szpitala, średni czas wyniósł 2 minuty 55 sekund (od 2 minut 37 sekund do 3 minut 12 sekund).

Powyższe dane wskazują, że w większości przypadków (z wyjątkiem skierowania do szpitala) odręczne wypisanie dokumentu było szybsze niż elektroniczne.

(akta kontroli tom II str. 369-385, 503-504)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Użytkowany system informatyczny nie w pełni pozwalał na kompleksowe zarządzanie pracą ZOZ i wspomaganie oraz usprawnienie pracy personelu zarówno przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej jak i przy sporządzaniu sprawozdawczości i raportowaniu niezbędnych informacji. Brak było przepływu danych w ramach systemu pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami Zakładu, które stanowiły osobne bazy danych. Poza systemem znajdowały się gabinety zabiegowe na terenie Zakładu oraz medycyny szkolnej w placówkach oświatowych, które nie były wyposażone w sprzęt informatyczny i niezbędne oprogramowanie.

Nie było możliwości integracji KS-PPS z użytkowanymi w Zakładzie systemami do obsługi diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, co skutkowało brakiem bezpośredniego zasilania systemu wynikami zleconych badań. Nie wykorzystywano go także do wystawiania zwolnień lekarskich ze względu na brak możliwości pobierania listy zakładów pracy pacjenta.

Dokumentacja medyczna ZOZ była tylko częściowo prowadzona w postaci elektronicznej, co wynikało m.in. z niewdrożenia nowych funkcjonalności zakupionego modułu, przede wszystkim z powodu wieloletnich przyzwyczajeń kadry medycznej do prowadzenia dokumentacji papierowej oraz nieprzeprowadzenia szkoleń w tym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

Określenie w regulaminie organizacyjnym przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów łączności (teleporad) oraz miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w tej formie.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Lublin, dnia 11 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy:

Ewa Kulik
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

Marek Dąlek
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis