



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.018.01.2020

Pan Krzysztof Bałata
p.o. Dyrektora
Podkarpackiego Centrum Medycznego
Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej w Rzeszowie,
Plac Dworcowy 2, 35-201 Rzeszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Podkarpackie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rzeszowie, Plac Dworcowy 2, 35-201 Rzeszów, zwany dalej: PCM.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Bałata, p.o. Dyrektora PCM od dnia 1 kwietnia 2020 r. Poprzednio Dyrektorem PCM był Adrian Bochnia, w okresie 3 września 2018 r. do 31 marca 2020 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 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Barbara Lew, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/157/2020 z 1 października 2020 r. 2. Łukasz Malec, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/158/2020 z 1 października 2020 r.

[akta kontroli tom I, str. 1-6]

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych, zapewniła realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. PCM zapewnił dostępność udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów łączności telefonicznej, tj. w formie teleporad, co stanowiło uzupełnienie podstawowego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Brak określenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w Regulaminie organizacyjnym nie miał szczególnego wpływu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez PCM.

Stworzone zostały warunki organizacyjne zapewniające równomierne rozłożenie obowiązków wśród personelu, co zapewniło właściwe wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznaczali średnio ponad 66,8% czasu trwania porady, 27,5% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne i 5,7% na wykonywanie zabiegów. Nie korzystano z możliwości upoważnienia tzw. asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy e-zwolnień i e-recept lub e-skierowań.

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

Personel medyczny wspierający pracę lekarzy miał wykształcenie i kwalifikacje wymagane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki zatrudnione w poradni chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej nie miały jednak kwalifikacji uprawniających je do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, wskutek czego takich świadczeń nie wykonywały.

PCM było wyposażone w niezbędny sprzęt informatyczny oraz oprogramowanie, odpowiednio do liczby personelu medycznego oraz liczby pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne. Użytkowane systemy informatyczne nie były w pełni ze sobą zintegrowane oraz posiadały ograniczenia organizacyjno-techniczne w tzw. części białej. Systemy te częściowo usprawniały pracę personelu medycznego, a także usprawniały procesy wystawiania przez lekarzy recept czy zwolnień. Jednak nie wspierały w pełni pracy personelu z powodu braku integracji z modułami diagnostycznymi, e-rejestracji oraz automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżającej się wizycie. Spełniały obowiązujące wymagania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej z wyjątkiem prezentacji historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji oraz brakiem dostępu do logowania zmian w bazie danych.

PCM zostało podłączone do Systemu P1 z dniem 8 lutego 2019 r., a więc niemal rok przed wyznaczonym terminem. Ponadto system informatyczny zapewnił 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.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Regulamin Organizacyjny⁵ PCM określał szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym także przekazywania pacjentom informacji o przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zasady dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

W Regulaminie określono strukturę organizacyjną PCM, rodzaj prowadzonej działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania tych świadczeń. Zgodnie z § 7 Regulaminu PCM udzielało świadczeń zdrowotnych w obiekcie zlokalizowanym w Rzeszowie przy ul. Dworcowej 2. Ponadto świadczenia ambulatoryjne mogły być udzielane w miejscu pobytu pacjenta, zaś świadczenia z zakresu medycyny także w miejscu wskazanym przez zleceńodawcę.

Określony w Regulaminie zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmował: podstawową opiekę zdrowotną⁶, specjalistyczną opiekę zdrowotną⁷, medycynę

³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej

⁵ Z dnia 31 stycznia 2019 r. i z dnia 1 kwietnia 2020 r., dalej: Regulamin

⁶ Dalej: POZ, w zakresie świadczeń: lekarza, pielęgniarki i położnej

⁷ Dalej: SOZ, w zakresie:

a) chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, dermatologii i wenerologii, okulistyki, otolaryngologii, pulmonologii, ginekologii i położnictwa,

b) rehabilitacji, fizjoterapii i fizjoterapii wykonywaną w warunkach ambulatoryjnych, a w razie potrzeby w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta,

pracy⁸, realizację programów profilaktycznych i promocji zdrowia, w tym z zakresu medycyny pracy, a także z zakresu sterylizacji i dezynfekcji, a ponadto szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, obejmujące m.in.: czas świadczeń, sposób rejestracji pacjentów, brak możliwości realizacji danego świadczenia zdrowotnego wraz z możliwościami jego wykonania, a także prawo odmowy świadczenia przez PCM pacjentowi w danym dniu.

W Regulaminie określono zasób niezbędnych informacji umieszczonych na tablicy informacyjnej⁹.

Świadczeń zdrowotnych w POZ udzielano (jeśli to możliwe), w dniu zgłoszenia, według kolejności ustalonej przez pracownika rejestracji. W chorobach przewlekłych pracownik ustalał z pacjentem termin realizacji świadczenia.

W stanach nagłych - bezpośredniego zagrożenia życia, świadczeń zdrowotnych udzielano bez wymaganego skierowania.

Pacjentowi będącemu pod opieką specjalisty i kontynuującemu leczenie w ramach tej samej jednostki chorobowej udzielano świadczeń bez ponownego skierowania.

W Regulaminie nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. w formie teleporad oraz nie wskazano miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

[akta kontroli tom I, str. 7-15, 167-181]

W PCM nie określono pisemnie zasad w zakresie czasu przeznaczonego na przyjęcie pacjenta przez lekarza. W praktyce przyjęto, iż standardowo wizyta lekarska w ramach podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej powinna trwać od 7 do 15 min w zależności od rodzaju wizyty, a w uzasadnionych przypadkach czas trwania wizyty mógł ulegać skróceniu lub wydłużeniu. Osoby były rejestrowane w systemie rejestracji do lekarzy, co 15 min do danego lekarza.

W związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w celu udzielania świadczeń w formie teleporady zwiększono liczbę linii telefonicznych z sześciu do ośmiu. Ponadto testowano program MaxTrial, który miał posłużyć usprawnieniu przekierowywania pacjentów dzwoniących do lekarza w sytuacji, gdy telefon był zajęty.

Tygodniowy czas pracy łącznie z godzinami nadliczbowymi nie mógł przekraczać przeciętnie 48 godz. w przyjętym okresie rozliczeniowym. Czas pracy¹⁰ pracowników w okresie rozliczeniowym wynosił 7 godz. 35 min na dobę i przeciętnie 37 godz. 55 min w pięciodniowym tygodniu pracy.

[akta kontroli tom I, str. 16-21]

Analizie poddano czas pracy ośmiu lekarzy w miesiącach kwiecień¹¹, czerwiec, sierpień 2020 r., w tym:

- dwóch lekarzy¹² zatrudnionych na umowy o pracę i tak: jeden z nich w badanym okresie był 5 dni¹³ na urlopie wypoczynkowym, drugi 15 dni¹⁴ na urlopie wypoczynkowym i 2 dni¹⁵ na zwolnieniu lekarskim,

c) diagnostyki medycznej.

⁸ W zakresie dotyczącym ochrony zdrowia pracujących zatrudnionych w PCM oraz w zakładach pracy i jednostkach samorządu terytorialnego, które zawarły umowę z PCM

⁹ M.in.: zasady rejestracji na świadczenia ambulatoryjne; tryb składania skarg i wniosków; prawa i obowiązki pacjenta; informacje o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących na świadczenia zdrowotne; cennik usług komercyjnych; adresy i telefony ratownictwa medycznego oraz podmiotów udzielających świadczeń w dni wolne od pracy, niedziele i święta w zakresie POZ oraz infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta i Sekcji Skarg i Wniosków POW NFZ w Rzeszowie

¹⁰ Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy

¹¹ 10 kwietnia Wielki Piątek – dzień wolny zgodnie z zarządzeniem nr 14/2020 Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie z dnia 12 marca 2020 r.

¹² Poradnia Otolaryngologiczna i Poradnia Ortopedyczna

¹³ Sierpień: 4 dni urlop + 1 dzień za święto w dniu wolnym

- dwóch lekarzy¹⁶ zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia i tak: lekarz POZ był dostępny przez cały okres, drugi lekarz był dostępny w czerwcu i sierpniu,
- czterech lekarzy¹⁷ na podstawie umów o udzielanie świadczeń medycznych i tak:
 - pierwszy był dostępny w kwietniu, czerwcu i sierpniu z wyłączeniem jednego dnia w kwietniu, jednego dnia w czerwcu i dwóch tygodni w sierpniu,
 - drugi był dostępny w całym badanym okresie,
 - trzeci był dostępny oprócz jednego dnia w kwietniu i jednego dnia w czerwcu,
 - czwarty w kwietniu nieobecny, w czerwcu dostępny, w sierpniu przez 2 tygodnie.

Lekarze, którzy byli niedostępni w ww. czasie zatrudnieni byli na umowach cywilno-prawnych.

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż lekarze złożyli pisemne wnioski o nieobecność w określonych przez nich terminach.

Czas pracy ww. lekarzy był zgodny z harmonogramem pracy ujętym w zawartych umowach z POW NFZ o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ oraz w AOS.

[akta kontroli tom I, str. 22-54, 183-185, 246-284]

Wg stanu na 30 czerwca 2020 r. w PCM zadeklarowanych było 13.183 pacjentów. Zatrudnionych było pięć rejestratorek obsługujących osiem linii telefonicznych. Liczba rejestratorek i linii telefonicznych umożliwiała pacjentom dodzwonienie się w godzinach pracy i zapewniła możliwość łatwego kontaktu¹⁸.

W związku z pandemią Covid-19 wprowadzono teleporady. Pierwszej udzielono 13 marca 2020 r. 10 marca 2020 r. do PCM wpłynęło pismo od Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie zawierające *Schemat postępowania dla POZ i NiŚOZ* z wytycznymi dotyczącymi postępowania podczas epidemii Sars Cov-2. W dniu 16 marca 2020 r. Dyrektor PCM wprowadził¹⁹ ograniczenia pracy poradni i zasady udzielania teleporad. Następnie osoby udzielające teleporad otrzymały wskazówki²⁰ *10 kroków wizyty telemedycznej*. Zawarto w nich kolejność działań dotyczących m.in.: przygotowania sprzętu i oprogramowania, dbałości o poufność rozmowy, weryfikacji tożsamości pacjenta, informacji dla pacjenta o charakterze świadczenia, upewnienia się czy pacjent zrozumiał poradę itd.

W okresie od 13 marca do 23 października 2020 r. w PCM nie sformalizowano zasad udzielania teleporad.

Dyrektor PCM wyjaśnił, m.in. iż w praktyce „teleporady udzielane były przez lekarzy POZ, AOS, pielęgniarki środowiskowe oraz położne w godzinach [...] pracy poszczególnych poradni od poniedziałku do piątku. Nie wyznaczono specjalnych terminów odbywania teleporad – odbywały się one w godzinach pracy poradni po uprzednim zarejestrowaniu się pacjenta. Przedmiot rozmowy odnotowywany był przez personel medyczny w dokumentacji pacjenta prowadzonej w systemie informatycznym” oraz że rozmowy są rejestrowane w systemie.

[akta kontroli tom I, str. 55-60, 288-296]

¹⁴ W tym 14 dni urlop wypoczynkowy + 1 dzień za święto w dniu wolnym (3 czerwiec +12 sierpień)

¹⁵ Po jednym dniu w czerwcu i w sierpniu

¹⁶ Poradnia Medycyny Rodzinnej i Poradnia Otolaryngologiczna

¹⁷ Poradnia Okulistyczna, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Chirurgiczna (2 lekarzy)

¹⁸ W standardach akredytacyjnych, stanowiących załącznik 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) przyjęto, że jedna linia telefoniczna na 3000 zadeklarowanych pacjentów powinna zapewnić takie warunki

¹⁹ Pismo znak: SD /42/2020

²⁰ Załącznik nr 3 do uchwały nr 89/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 r.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej²¹, w PCM określone zostały zasady zapewniające odpowiednie warunki realizacji teleporad i gwarantujące zachowanie bezpieczeństwa informacji medycznych, w opracowanym wewnętrznie w dniu 23 października 2020 r. dokumencie²². Określono w nim m.in., że:

- opieka nad pacjentami może być realizowana również w formie teleporady udzielanej drogą telefoniczną w godzinach pracy lekarzy PCM po uprzednim dokonaniu rejestracji przez pacjenta;
- ustalenia terminu teleporady pacjent mógł dokonać telefonicznie, osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich poprzez kontakt z rejestracją,
- w wyznaczonym terminie teleporada powinna odbyć się poprzez przekierowanie rozmowy telefonicznej bezpośrednio do gabinetu pracownika, do którego pacjent został uprzednio zarejestrowany.

Ponadto w dokumencie określono zakres i sposób realizacji teleporady, tj. m.in.: potwierdzenie tożsamości pacjenta na podstawie danych przekazanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, udzielenie porady, wystawienie e-recepty, e-skierowania, zwolnienia lekarskiego lub innego zaświadczenia. Po wystawieniu przez lekarza e-recepty kod recepty powinien być przekazany pacjentowi telefonicznie lub w formie SMS na telefon komórkowy oraz Internetowe Konto Pacjenta w przypadku jego posiadania. Przewidziano również możliwość odbioru dokumentów w rejestracji PCM. Określono także procedurę postępowania w sytuacji, gdy podczas udzielania teleporady, z uwagi na stan zdrowia pacjenta niezbędne świadczenie zdrowotne będzie wymagało innej formy jego udzielenia. Opracowany w PCM system ochrony danych osobowych pacjentów oraz danych w systemie informatycznym działał prawidłowo zapewniając dostęp do nich jedynie osobom posiadającym upoważnienie.

[akta kontroli tom I, str. 61-63]

W wyniku badania dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielono 10 świadczeń (w tym pięć w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i pięć w formie teleporady) stwierdzono, że:

- w trzech przypadkach z pięciu porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem przyjęcie przez lekarza nastąpiło na podstawie skierowania, w dwóch bez skierowania²³. W dokumentacji/historii choroby wszystkich pacjentów udokumentowano, iż przeprowadzono wywiad, badanie fizykalne, określono rozpoznanie główne, w jednym przypadku rozpoznanie dodatkowe, w dwóch przypadkach wystawiono skierowanie do szpitala i do pracowni diagnostycznej, w dwóch pouczono o dalszym sposobie postępowania, w trzech wypisano recepty, w jednym wystawiono zwolnienie lekarskie,
- w pięciu przypadkach w formie teleporady przeprowadzono wywiad, w trzech badanie fizykalne²⁴, we wszystkich określono rozpoznanie główne i rozpoznanie dodatkowe, w jednym przypadku wystawiono zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznanie choroby zakaźnej, w trzech wypisano recepty, w trzech pouczono o dalszym sposobie postępowania, w dwóch wystawiono zwolnienie lekarskie.

Sposób realizacji tych świadczeń spełniał zasady opisane w Regulaminie, a dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów

²¹ Dz. U. poz. 1395, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w POZ

²² Standard organizacyjny udzielania teleporad przez lekarza/pielegniarkę/położną w PCM SP ZOZ

²³ W tym jedna z powtórzeniem recepty

²⁴ Podczas rozmowy określano m.in. stan ogólny pacjenta, czy pacjent odpowiada logicznie, czy jest spokojny, pytano o objawy ostrzegawcze, temperaturę, duszności, obrzęki

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁵, oraz wcześniej obowiązującego do dnia 15 kwietnia 2020 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁶, a teleporady prowadzono zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w POZ.

W PCM w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych.

[akta kontroli tom I, str. 64-93]

Na tablicy informacyjnej umieszczonej w siedzibie PCM w ogólnodostępnym miejscu zamieszczono informację, iż skargi i wnioski dotyczące działalności można zgłaszać pisemnie lub telefonicznie w sekretariacie PCM.

W okresie objętym kontrolą wpłynęło sześć skarg, w tym:

- trzy w 2019 r., dotyczące niezadowolonych pacjentów z obsługi przez lekarza,
- trzy w 2020 r. (do 20 października), dotyczące: problemu z wypisaniem recepty, odmowy rejestracji do Poradni Okulistycznej; teleporady - zbyt długiego oczekiwania na odebranie telefonu lub sygnału „zajęte”.

W wyniku rozpatrzenia skarg usprawniono pracę rejestracji poprzez zapewnienie co najmniej dwustanowiskowej obsługi pacjentów, zarówno w godzinach popołudniowych jak i popołudniowych. Ponadto zamieniono linie analogowe oraz SDN na usługę Biznes Pakiet Fiber posiadającą osiem linii.

Na wszystkie skargi odpowiadano w terminie i zgodnie z procedurami zawartymi w Zarządzeniu nr 11/2019²⁷ z dnia 25 maja 2019 r.

[akta kontroli tom I, str. 94-104]

2. W okresie od 31 grudnia 2018 r. do 30 września 2020 r. zatrudnionych w ramach **umowy o pracę** było od 44 do 49 osób na 44 do 49 etatów, w tym:

- dwóch lekarzy, w tym jeden specjalista I stopnia i jeden specjalista II stopnia, każdy na 1 etacie;
- siedem osób jako personel medyczny²⁸ ze średnim wykształceniem na 7 etatach;
- pięć rejestratorek na 5 etatach.

W pozostałych grupach zawodowych zatrudnionych było:

- pielęgniarki i położne – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. i 30 czerwca 2019 r. – 12 osób na 12 etatach, 31 grudnia 2019 r. - 14 osób na 13,80 etatu, 30 czerwca 2020 r. - 11 osób na 11 etatach, 30 września 2020 r. - 10 osób na 10 etatach, w tym:

- z wyższym wykształceniem – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. i 30 czerwca 2019 r. – osiem osób na 8 etatach, 31 grudnia 2019 r. -10 osób na 10 etatach, 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. – siedem osób na 7 etatach;

- z wyższym wykształceniem i specjalizacją: po dwie osoby na 2 etatach wg stanu od 31 grudnia 2019 r. do 30 września 2020 r.;

- ze średnim wykształceniem: po cztery osoby na 4 etatach, oprócz stanu na 31 grudnia 2019 r., zatrudnione na 3,8 etatu, w tym jedna pielęgniarka i położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją na 1 etacie - wg stanu na 30 września 2020 r. i nadal – trzy osoby na 3 etatach.

- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem²⁹ - według stanu na: 31 grudnia 2018 r. trzy osoby na 3 etatach, 30 czerwca 2019 r. – cztery osoby na 4 etatach, 31 grudnia 2019 r. i 30 czerwca 2020 r – pięć osób na 5 etatach oraz 30 września 2020 r. – trzy osoby na 3 etatach.

²⁵ Dz. U. poz. 666, ze zm.

²⁶ Dz. U. poz. 2069

²⁷ Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w sprawie wprowadzenia Regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie SP ZOZ (poprzednia nazwa PCM)

²⁸ Np. technik analityki medycznej, technik radiologii, technik dentystyczny

²⁹ Np. mgr psychologii, fizjoterapii, analityki medycznej itp.

Ponadto w okresie od 31 grudnia 2018 r. do 30 września 2020 r. zatrudnieni byli:

- pracownicy administracji³⁰ od 12 do 16 osób na 12 do 16,12 etatu, w tym: dyrektor, statystyk medyczny, informatyk (po 1 etacie w kontrolowanym okresie),
- pozostali pracownicy administracji – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – 11 osób na 11 etatach, 30 czerwca 2019 r. – dziewięć osób na 9 etatach, 31 grudnia 2019 r. – 11 osób na 11,12 etatu oraz 30 czerwca i 30 września 2020 r. – 13 osób na 13,12 etatu,
- pracownicy obsługi³¹ – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – jedna osoba na 1 etacie, 30 czerwca i 31 grudnia 2019 r. – dwie osoby na 2 etatach oraz 30 czerwca i 30 września 2020 r. – trzy osoby na 3 etatach.

Według stanu na 30 września 2020 r. w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnienie na podstawie umowy o pracę wzrosło o dwie osoby (z 44 do 46 osób), a w przeliczeniu na etaty wzrosło z 44 do 46,12 etatu.

Największe grupy osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę stanowiły pielęgniarki i pracownicy administracji.

[akta kontroli tom I, str. 106]

W okresie od 31 grudnia 2018 r. do 30 września 2020 r. zatrudnionych na podstawie **umowy zlecenia** było od 10 do 21 osób, tj. w przeliczeniu na etaty od 0,94 do 2,55 etatu, w tym:

- lekarze – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – dziewięć osób w przeliczeniu na 2,06 etatu, 30 czerwca 2019 r. – dziewięć osób w przeliczeniu na 2,02 etatu i 31 grudnia 2019 r. – 11 osób w przeliczeniu na 1,98 etatu, 30 czerwca 2020 r. – sześć osób w przeliczeniu na 1,27 etatu i 30 września 2020 r. – pięć osób w przeliczeniu na 0,94 etatu, w tym:

- specjaliści i specjaliści II stopnia – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – pięć osób w przeliczeniu na 1,03 etatu, na 30 czerwca 2019 r. – pięć osób w przeliczeniu na 0,85 etatu i 31 grudnia 2019 r. – pięć osób w przeliczeniu na 0,81 etatu oraz cztery osoby na 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. w przeliczeniu na 0,73 etatu,

- specjaliści I stopnia – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,74 etatu, na 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r. oraz 30 czerwca 2020 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,54 etatu i na 30 września – jedna osoba w przeliczeniu na 0,21 etatu.

Ponadto w PCM zatrudniano lekarzy w trakcie specjalizacji i tak – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,29 etatu, na 30 czerwca 2019 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,63 etatu, 31 grudnia 2019 r. – cztery osoby w przeliczeniu na 0,63 etatu.

W PCM zatrudniano także:

- pielęgniarkę/położną ze średnim wykształceniem – według stanu na: 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r. – jedna osoba w przeliczeniu na 0,53 etatu,

- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem³² – według stanu: od 30 czerwca 2019 r. do 30 września 2020 r. – jedna osoba,

- personel medyczny ze średnim wykształceniem³³ – według stanu na: 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r. – jedna osoba,

³⁰ Z wyższym i średnim wykształceniem

³¹ Np. kierowcy, sprzątaczkę, szatniarzę, ślusarzy, hydraulików, dozorcę

³² Brak przeliczenia na etaty ze względu na zadaniowy rodzaj pracy bądź realizacja zlecenia w przeliczeniu na punkty

³³ Jw.

- pracownicy administracji³⁴ – według stanu na: 31 grudnia 2018 r. – siedem osób, 30 czerwca 2019 r. – dziewięć osób, 31 grudnia 2019 r. – siedem osób, 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. – po cztery osoby,
- pozostali pracownicy administracji³⁵ - według stanu na 31 grudnia 2018 r. – pięć osób, 31 grudnia 2019 r. – siedem osób, 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. – po cztery osoby,
- pracownicy obsługi³⁶ - według stanu na 31 grudnia 2018 r. – trzy osoby.

Według stanu na 30 września 2020 r. w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia spadło o jedenaście osób (z 21 do 10 osób).

Największe grupy osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia stanowili lekarze oraz pracownicy administracji.

[akta kontroli tom I, str. 107]

W okresie od 31 grudnia 2018 r. do 30 września 2020 r. na podstawie umów cywilnoprawnych (**tzw. kontraktów**) zatrudnionych było 22 lekarzy, tj. w przeliczeniu na etaty od 5,83 do 6,26 etatu, w tym:

- specjaliści i specjaliści II stopnia – według stanu na: na 31 grudnia 2018 r. - 19 osób w przeliczeniu na 5,22 etatu, 30 czerwca 2019 r. – 19 osób w przeliczeniu na 5,07 etatu, 31 grudnia 2019 r. – 19 osób w przeliczeniu na 4,79 etatu, 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r. – 19 osób w przeliczeniu na 4,85 etatu,
- specjaliści I stopnia – według stanu na: od 31 grudnia 2018 r. do 30 września 2020 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,96 etatu.

Ponadto w PCM zatrudniano lekarzy w trakcie specjalizacji - od 31 grudnia 2018 r. do 31 grudnia 2019 r. – dwie osoby w przeliczeniu na 0,08 etatu.

Według stanu na 30 września 2020 r. w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) nie zmieniło się i wynosiło 22 osoby, a w przeliczeniu na etaty zmniejszyło się z 6,26 do 5,89 etatu.

Największą grupę osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) stanowili lekarze.

W okresie objętym kontrolą w wyniku czternastu rekrutacji zatrudniono 11 pracowników wspierających pracę personelu medycznego.

W latach 2019-2020 wystąpiły niedobory kadry medycznej, które dotyczyły lekarzy ze specjalizacją: ginekologia, dermatologia, okulistyka, neurologia, oraz diagnosty laboratoryjnego, technika elektrokardiologii, fizjoterapeuty i pielęgniarki.

W celu pozyskania pracowników zostały podjęte procesy rekrutacyjne poprzez umieszczenie na stronie internetowej i w placówce PCM ogłoszeń rekrutacyjnych oraz poprzez współpracę z Powiatowym Urzędem Pracy w Rzeszowie. W wyniku podjętych działań pozyskano pracowników, tj. lekarza dermatologa i neurologa oraz diagnostę laboratoryjnego, fizjoterapeutę i pielęgniarkę.

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż „nie było problemów z zatrudnieniem tych osób. Wprowadzenie teleporad nie spowodowało zmian w zatrudnieniu i w organizacji udzielania świadczeń”.

[akta kontroli tom I, str. 108, 243-243]

2. Koszty wynagrodzeń³⁷ osobowych, w ramach stosunku pracy ogółem, w okresie 2019-2020 (do 30 czerwca) wynosiły: 3.336.189 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 1.017.172 zł, II półroczu 2019 r. – 1.143.397 zł oraz I półroczu 2020 r. – 1.175.620 zł.

³⁴ Jw.

³⁵ Jw.

³⁶ Jw.

³⁷ Kwoty brutto

W kosztach wynagrodzeń osobowych, w ramach stosunku pracy:

- koszty wynagrodzeń lekarzy (dwie osoby) za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły łącznie 332.944 zł, w tym:

- wynagrodzenie ogółem specjalisty i specjalisty II stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 148.941 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 49.563 zł, w II półroczu 2019 r. – 49.236 zł, w I półroczu 2020 r. – 50.142 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 8.257 zł, 8.206 zł i 8.357 zł;

- wynagrodzenie ogółem specjalisty I stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 184.028 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 60.230 zł, II półroczu 2019 r. – 62.683 zł, I półroczu 2020 r. – 61.115 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 10.038 zł, 10.447 zł, 10.186 zł;

- koszty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (średnie zatrudnienie odpowiednio 12, 14 i 11 osób) za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły łącznie 949.032 zł, w tym:

- wynagrodzenie ogółem pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 613.475 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. (osiem osób) – 211.065 zł, II półroczu 2019 r. (10 osób) – 235.106 zł, I półroczu 2020 r. (siedem osób) – 167.303 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 4.397 zł, 4.354 zł, 3.983 zł;

- wynagrodzenie ogółem pielęgniarek i położnych ze średnim wykształceniem (cztery osoby w okresie 2019 r. – I półrocze 2020 r.): wynosiło 335.558 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 103.745 zł, II półroczu 2019 r. – 123.859 zł, I półroczu 2020 r. – 107.954 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 4.323 zł, 5.160 zł, 3.599 zł;

- koszty wynagrodzeń innego personelu medycznego w okresie 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 236.757 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. (cztery osoby) – 65.604 zł, II półroczu 2019 r. (pięć osób) – 70.922 zł, w I półroczu 2020 r. (pięć osób) – 100.231 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 3.645 zł, 2.364 zł, 3.341 zł;

- koszty wynagrodzeń personelu medycznego (siedem osób w okresie 2019 r. – I półrocze 2020 r.) ze średnim wykształceniem za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 387.117 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 124.046 zł, II półroczu 2019 r. – 134.045 zł, I półroczu 2020 r. – 129.026 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 2.953 zł, 3.192 zł, 3.072 zł;

- koszty wynagrodzeń rejestratorek (pięć osób w okresie 2019 r. – I półrocze 2020 r.) za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 226.779 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 67.099 zł, II półroczu 2019 r. – 84.108 zł, I półroczu 2020 r. – 75.572 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 2.796 zł, 2.804 zł, 2.519 zł;

- koszty wynagrodzeń administracji za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 1.079.873 zł (średnie zatrudnienie: 12, 14, 16 osób), w tym m.in.:

- wynagrodzenie statystyka medycznego za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło ogółem 69.260 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 22.200 zł, II półroczu 2019 r. – 22.500 zł, I półroczu 2020 r. – 24.560 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 3.700 zł, 3.750 zł, 4.093 zł,

- wynagrodzenie informatyka za okres II półrocze 2019 r. – I półrocze 2020 r.³⁸ wynosiło ogółem 54.049 zł, w tym w: II półroczu 2019 r. – 16.729 zł, I półroczu 2020 r. – 37.320 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 2.788 zł i 6.220 zł,

- wynagrodzenia pozostałych pracowników administracji za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 743.573 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. (dziewięć

³⁸ Za I półrocze 2019 r. brak danych

osób) – 211.446 zł, II półroczu 2019 r. (11 osób) – 243.455 zł, I półroczu 2020 r. (13 osób) – 288.672 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 3.916 zł, 3.689 zł, 4.009 zł;

- koszty wynagrodzeń pracowników obsługi za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły ogółem 123.687 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. (dwie osoby) – 40.340 zł, II półroczu 2019 r. (dwie osoby) – 34.215 zł, I półroczu 2020 r. (trzy osoby) – 49.132 zł, zaś średnie wynagrodzenie miesięczne wynosiło odpowiednio: 3.362 zł, 2.851 zł, 2.730 zł.

W I półroczu 2020 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. średnie wynagrodzenia miesięczne osób zatrudnionych na umowach o pracę nie wykazywały istotnych tendencji wzrostowych, a w niektórych grupach zatrudnionych uległy zmniejszeniu.

[akta kontroli tom I, str. 109]

Koszty wynagrodzeń³⁹ bezosobowych wg grup zawodowych (na podstawie umowy zlecenia) ogółem w okresie 2019 r. – 30 czerwca 2020 r. wynosiły 402.081 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 153.383 zł, II półroczu 2019 r. – 151.041 zł, I półroczu 2020 r. – 97.657 zł, w tym:

- koszty wynagrodzeń lekarzy za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły łącznie 193.930 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 66.767 zł, II półroczu 2019 r. – 65.204 zł, I półroczu 2020 r. – 61.962 zł, w tym:

- wynagrodzenie ogółem specjalisty i specjalisty II stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 148.403 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 49.504 zł, II półroczu 2019 r. – 52.009 zł, I półroczu 2020 r. – 46.890 zł, zaś średniomiesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę wynosiło odpowiednio: 1.650 zł, 1.733 zł, 1.953 zł,

- wynagrodzenie ogółem specjalisty I stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 45.527 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 17.260 zł, II półroczu 2019 r. – 13.195 zł, I półroczu 2020 r. – 15.072 zł, zaś średniomiesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę wynosiło odpowiednio: 1.438 zł, 1.099 zł, 1.256 zł,

- wynagrodzenia ogółem pielęgniarek i położnych ze średnim wykształceniem za okres 2019 r. wynosiły 28.858 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 14.430 zł, II półroczu 2019 r. – 14.428 zł, zaś średniomiesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę wynosiło odpowiednio: 2.405 zł, 2.404 zł,

- wynagrodzenie innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło ogółem 30.908 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 8.945 zł, II półroczu 2019 r. – 20.003 zł, I półroczu 2020 r. – 1.960 zł, zaś średniomiesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę wynosiło odpowiednio: 372 zł, 667 zł, 327 zł;

- wynagrodzenie administracji za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło ogółem 148.382 zł, w tym w: I półroczu 2019 r. – 63.241 zł, II półroczu 2019 r. – 51.406 zł, I półroczu 2020 r. – 33.735 zł, zaś średniomiesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę wynosiło odpowiednio: 1.318 zł, 1.428 zł, 1.406 zł.

W I półroczu 2020 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. najwyższy wzrost średniego wynagrodzenia w grupie osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia nastąpił wśród lekarzy i specjalistów II stopnia o ok. 16%, zaś spadek wśród lekarzy specjalistów I stopnia o ok. 13%.

W grupie lekarzy i obsługi wynagrodzenia utrzymywały się na stabilnym poziomie.

[akta kontroli tom I, str. 110]

Koszty usług obcych – umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy łącznie (tzw. kontrakty), ogółem w okresie 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiły 1.890.780 zł, w tym:

- w I półroczu 2019 r., przy średniej liczbie 20,50 osób udzielających świadczeń wynosiły 600.008 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 4.878 zł,

³⁹ Kwoty brutto

- w II półroczu 2019 r., przy średniej liczbie 20,16 osób udzielających świadczeń wynosiły 714.286 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 5.905 zł,
- w I półroczu 2020 r., przy średniej liczbie 16,33 osób udzielających świadczeń wynosiły 576.486 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 5.884 zł.

W łącznych kosztach usług obcych koszty wynagrodzeń:

- specjaliści i specjaliści II stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. ogółem wynosiły 1.608.804 zł, w tym:
 - w I półroczu 2019 r., przy średniej liczbie 17,50 osób udzielających świadczeń, wynosiły 511.082 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 4.867 zł;
 - w II półroczu 2019 r., przy średniej liczbie 17,16 osób udzielających świadczeń, wynosiły 604.918 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 5.875 zł;
 - w I półroczu 2020 r., przy średniej liczbie 13,33 osób udzielających świadczeń, wynosiły 492.804 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 6.162 zł.
- specjaliści I stopnia za okres 2019 r. – I półrocze 2020 r. wynosiło 240.879 zł (przy dwóch osobach udzielających świadczeń), w tym:
 - w I półroczu 2019 r. wynosiły 76.905 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 6.409 zł,
 - w II półroczu 2019 r. wynosiły 90.678 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 7.556 zł,
 - w I półroczu 2020 r. wynosiło 73.296 zł, tj. średniomiesięcznie na jedną osobę – 6.108 zł.

W całym okresie zatrudniony był jeden lekarz w trakcie specjalizacji, którego wynagrodzenie ogółem wynosiło 41.097 zł w tym w: I półroczu 2019 r. – 12.022 zł, średnie wynagrodzenie miesięczne – 2.004 zł, II półroczu 2019 r. – 18.689 zł, średnie wynagrodzenie miesięczne – 3.115 zł, I półroczu 2020 r. – 10.386 zł, średnie wynagrodzenie miesięczne – 2.077 zł.

Najwyższy wzrost wynagrodzeń dotyczył specjalistów i specjalistów II stopnia (z 4.867 zł w I półroczu 2019 r. do 6.162 zł w I półroczu 2020 r., tj. o 26,6%).

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż „w I półroczu 2019 r. średnia liczba osób udzielających świadczenia wynosiła 17,50, natomiast w I półroczu 2020 r. średnia liczba osób udzielających świadczenia zmniejszyła się do 13,33. Stąd wzrost wynagrodzeń”.

Udział kosztów wynagrodzeń (osobowych i bezosobowych) w 2019 r. w kosztach działalności operacyjnej ogółem i w kosztach ogółem PCM wynosił 11,6%. W I półroczu 2020 r. odpowiednio 14,4%.

Udział kosztów usług obcych tzw. kontraktów w kosztach działalności operacyjnej i kosztach ogółem w 2019 r. stanowił 6,2%. W I półroczu 2020 r. udział ten w kosztach operacyjnych i w kosztach ogółem stanowił 6,5%.

[akta kontroli tom I, str. 111, 18, 187-189]

4.1. Sprawozdaniami zajmowało się sześć osób i tak:

- Statystyk Medyczny przygotowywał dla Sekretariatu Dyrektora sprawozdania ZD-3⁴⁰, które Sekretariat przekazywał przez Portal sprawozdawczy GUS oddzielnie dla każdej przychodni przez portal.stat.gov.pl oraz MZ-11⁴¹, MZ-14⁴², MZ-24⁴³, MZ-35A⁴⁴, MZ-35B⁴⁵ do Ministerstwa Zdrowia;

⁴⁰ Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

⁴¹ Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

⁴² Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej

⁴³ Roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

⁴⁴ Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących

⁴⁵ Sprawozdanie z działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami

- Kierownik Pielęgniarek i Położnych (stanowisko samodzielne) przygotowywał i przekazywał do Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia przez portal <http://csioz.gov.pl> do Ministerstwa Zdrowia sprawozdanie MZ-13⁴⁶;
- Specjalista IT przygotowywał i przekazywał przez Portal SZOI: Sprawozdawczość deklaracji POZ (lekarz, pielęgniarka, położna, medycyna szkolna)⁴⁷, Sprawozdawczość z wykonanych świadczeń we wszystkich zakresach umów⁴⁸, Sprawozdawczość kolejek oczekujących, Sprawozdawczość pierwszych wolnych terminów⁴⁹, Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych w POZ⁵⁰, Wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ miesięczne, Wykaz świadczeń obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów⁵¹;
- Kierownik Działu Kadr, Organizacji i Szkoleń PCM przygotowywał i przekazywał do GUS Sprawozdanie Z-05⁵² oraz sprawozdania MZ-88, MZ-89⁵³ przez portal <http://csioz.gov.pl> - dane uzyskane z poradni medycyny pracy do Ministerstwa Zdrowia;
- Główny Księgowy przygotowywał i przysyłał przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do Ministerstwa Zdrowia Sprawozdanie o finansach podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego SPZOZ⁵⁴, Struktura zobowiązań w poszczególnych SPZOZ⁵⁵,
- Inspektor BHP, który w formie papierowej przygotowywał i przekazywał do Państwowej Inspekcji Pracy, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej Informację o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym⁵⁶.

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż „w PCM nie wyodrębniono stanowiska pracy do realizacji wszystkich sprawozdań. Sprawozdania realizowane są w komórkach organizacyjnych/stanowiskach pracy merytorycznie odpowiedzialnych za daną dziedzinę sprawozdania (Dział Księgowości, Dział Kadr, Organizacji i Nadzoru, Dział IT, Statystyk Medyczny, Kierownik Pielęgniarek i Położnych, Specjalista BHP). W przypadku nieobecności pracownika, sprawozdanie wykonuje pracownik wskazany w zastępstwie, z danej komórki organizacyjnej lub pracownik wyznaczony przez pracodawcę”.

[akta kontroli tom I, str. 112]

4.2. Wystawianiem druków/zaświadczeń/skierowań, np. do sanatorium, poradni specjalistycznej, badania diagnostyczne, tj. wypełnianiem indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej wydawanej pacjentowi w ramach POZ zajmowali się lekarze podczas wizyty w bezpośrednim kontakcie oraz podczas teleporady za pomocą systemu informatycznego, zaś w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (dalej:AOS) – poradnie neurologiczna, pulmonologiczna, laryngologiczna, dermatologiczna, okulistyczna, ortopedyczna, chirurgiczna – lekarze za pomocą systemu informatycznego mMedica.

⁴⁶ Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc

⁴⁷ Raz w miesiącu

⁴⁸ Minimum raz w miesiącu

⁴⁹ Przekazywane codziennie

⁵⁰ Półroczne i roczne

⁵¹ Miesięczne

⁵² Sprawozdania kwartalne dot. badania popytu na pracę, przekazywane oddzielnie dla każdej przychodni portal.stat.gov.pl

⁵³ Sprawozdania roczne

⁵⁴ Sprawozdanie roczne

⁵⁵ Sprawozdanie kwartalne

⁵⁶ Sprawozdanie roczne

Dział Obsługi Klienta⁵⁷ zajmował się m.in. obsługą i rejestracją pacjenta, w tym przyjmowaniem oświadczeń, przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, wypełnieniem indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentów m.in. podczas pierwszorazowej rejestracji pacjenta, włączaniem lub wprowadzaniem do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych oraz czynnościami związanymi z udostępnieniem dokumentacji medycznej, np. pobieraniem opłaty za wykonanie ksero, odpisów indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej.

Z informacji uzyskanej od lekarzy i pielęgniarek wynikało, iż nie wykonywali czynności niezwiązanych z procesem leczenia. Pracownicy ci nie rejestrowali pacjentów, nie wydawali dokumentacji medycznej oraz nie przyjmowali i nie weryfikowali deklaracji POZ, nie przygotowywali raportów statystycznych itp. Pracownicy medyczni wykonywali zadania będące w ich zakresie obowiązków.

W PCM nie zatrudniano absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

[akta kontroli tom I, str. 114-143, 186]

5. Personel medyczny spełniał kryteria, które zostały określone w części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami⁵⁸.

Zatrudnione osoby zajmowały stanowiska: pielęgniarki, starszej pielęgniarki, starszej pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, kierownika pielęgniarek i położnych, położnych, oraz położnych środowiskowo-rodzinnych z wykształceniem: średnim medycznym, mgr pielęgniarstwa, licencjatem pielęgniarstwa i mgr położnictwa. Cztery z 10 osób ukończyły specjalizacje, w tym: pielęgniarstwo anestezjologiczne, pielęgniarstwo rodzinne dla położnych i dwie pielęgniarstwo internistyczne. Sześć z 10 osób ukończyło kursy kwalifikacyjne: ochrona zdrowia pracujących dla pielęgniarek, pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne, pielęgniarstwo rodzinne dla położnych, organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych, pielęgniarstwo ratunkowe i pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek.

Świadczenia udzielane były w Poradni Medycyny Pracy, Poradni Okulistycznej/Poradni Medycyny Pracy, POZ – Środowisko, POZ – Pediatria, Poradni Chirurgicznej/Poradni Ortopedycznej, Poradni Otolaryngologicznej, Poradni Ginekologicznej. Wszystkie osoby były zatrudnione na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Staż pracy wynosił od 2 do 40 lat⁵⁹.

[akta kontroli tom I, str. 144]

6.1. Liczba udzielonych porad w:

- I półroczu 2019 r. wynosiła:

- w POZ – 11.730,

- w AOS łącznie 18.274, w tym w gabinetach:

neurologicznym – 1.590, ginekologicznym – 1.359, okulistycznym – 2.301, laryngologicznym – 3.640, chirurgicznym – 4.860, ortopedycznym – 3.095, dermatologicznym - 868, pulmonologicznym – 561.

- w II półroczu 2019 r. wynosiła:

- w POZ – 11.137,

- w AOS łącznie 18.093, w tym w gabinetach: neurologicznym – 1.390, ginekologicznym – 1.168, okulistycznym – 2.478, laryngologicznym – 2.949,

⁵⁷ Zarządzenie nr 1/2020 Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie Samodzielnego Publicznego ZOZ z dnia 2 stycznia 2020 r., zarządzenie nr 12/2019 Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie Samodzielnego Publicznego ZOZ z dnia 28 maja 2019 r. i nr 12/2020 Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie Samodzielnego Publicznego ZOZ z dnia 28 lutego 2020 r.

⁵⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896

⁵⁹ W tym po jednej osobie: 2, 8, 16, 20 i 26 lat, oraz pięć osób od 30 do 40 lat

chirurgicznym – 5.826, ortopedycznym – 3.171, dermatologicznym - 604, pulmonologicznym - 507.

- w I półroczu 2020 r. wynosiła:

- w POZ - ogółem 10.929, w tym 7.534 porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 3.395 teleporad;

- w AOS - ogółem 14.268, w tym: 13.428 porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 840 teleporad, w tym w gabinetach, odpowiednio:

- neurologicznym - 435, 361 i 74, ginekologicznym - 966, 832 i 134, okulistycznym – 2.119, 1.945 i 174, laryngologicznym – 2.296, 2.215 i 81, chirurgicznym – 5.034, 4.868 i 166, ortopedycznym – 2.390, 2.274 i 116, dermatologicznym - 582, 549 i 33, pulmonologicznym - 446, 384 i 62.

6.2. Średnia liczba porad i teleporad przypadająca na jednego lekarza w:

- I półroczu 2019 r. wynosiła w:

- POZ – 1.955,

- AOS – 870, w tym w gabinetach: neurologicznym - 795, ginekologicznym - 453, okulistycznym – 2.301, laryngologicznym – 1.820, chirurgicznym – 1.620, ortopedycznym - 1.032, dermatologicznym - 434, pulmonologicznym – 112.

- w II półroczu 2019 r. wynosiła w:

- POZ -1.856,

- AOS – 905, w tym w gabinetach: neurologicznym - 463, ginekologicznym - 389, okulistycznym – 2.478, laryngologicznym – 1.475, chirurgicznym – 1.942, ortopedycznym – 1.057, dermatologicznym - 604, pulmonologicznym – 127.

- w I półroczu 2020 r. wynosiła w:

- POZ w bezpośrednim kontakcie z pacjentem – 1.507 i 679 teleporad,

- AOS - w bezpośrednim kontakcie z pacjentem - 745 i 47 teleporad, w tym w gabinetach odpowiednio: neurologicznym - 120 i 25, ginekologicznym - 277 i 45, okulistycznym – 1.945 i 174, laryngologicznym – 1.108 i 41, chirurgicznym – 1.623 i 55, ortopedycznym - 758 i 39, dermatologicznym - 549 i 33, pulmonologicznym - 192 i 31.

W PCM nie zlecano pielęgniarkom i położnym udzielającym świadczeń w poradni chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta (uprawnienie nadane od dnia 17 października 2019 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1864)), ponieważ nie miały wymaganych kwalifikacji (między innymi ukończonych kursów specjalistycznych w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept).

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż „personel nie posiada wymaganych kwalifikacji między innymi ukończonego kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept. Wizyty pielęgniarek (...) nie były wizytami w ramach samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta, wykonywane były na zlecenie lekarza”.

Ponadto Dyrektor poinformował, że: „Do uzyskania kwalifikacji w celu nadania roli „asystenta” lub „reprezentanta” niezbędne jest wykształcenie na poziomie licencjata lub magistra. Pracownicy w wieku okołoemerytalnym nie wyrażali zgody na podnoszenie kwalifikacji w tym kierunku. Kurs specjalistyczny - ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I, część II. Czas trwania kursu ok. 2 miesiące, koszt ok. 750 - 800 złotych”.

[akta kontroli tom I, str. 145-160, tom II, str. 505-509]

6.3. Średni czas udzielania rady przez lekarza (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) wynosił:

- w I półroczu 2019 r.:

- w POZ - 3,8 min,

- w AOS - 4,56 min, w tym w gabinetach: neurologicznym - 5,43 min, ginekologicznym - 5,76 min, okulistycznym - 5,16 min, laryngologicznym - 4,03 min, chirurgicznym - 2,87 min, ortopedycznym - 5,33 min, dermatologicznym - 3,94 min i pulmonologicznym - 11,55 min,

- w II półroczu 2019 r.:

- w POZ - 4,09 min,

- w AOS - 4,45 min, w tym w gabinetach: neurologicznym - 6,86 min, ginekologicznym - 6,70 min, okulistycznym - 4,79 min, laryngologicznym - 4,97 min, chirurgicznym - 2,39 min, ortopedycznym - 5,20 min, dermatologicznym - 1,78 min i pulmonologicznym - 9,9 min.

W I półroczu 2020 r. średni czas udzielania porady przez lekarza w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i w formie teleporady wynosił odpowiednio:

- w POZ - 5,58 min i 3,87 min,

- w AOS - 5,69 min i 7,12 min, w tym odpowiednio w gabinetach: neurologicznym - 24,43 min i 1,97 min, ginekologicznym - 7,68 min i 3,91 min, okulistycznym - 6,10 min i 5,7 min, laryngologicznym - 6,62 min i 7,71 min, chirurgicznym - 2,86 min i 11,18 min, ortopedycznym - 7,25 min i 10,86 min, dermatologicznym - 3,93 min i 12,54 min i pulmonologicznym - 5,62 min i 2,35 min.

6.4. W I półroczu 2019 r. lekarz:

- POZ wystawił średnio: 40,33 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 2.139,33 recept, 0,33 karty DiLO, 121,17 zwolnień lekarskich, 424,33 skierowań do poradni specjalistycznej, 175,17 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 279 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 13,33 skierowań do sanatorium, 41,83 zaświadczeń lekarskich/orzeczeń, 25,67 skierowań do szpitala, 7 zleceń na transport sanitarny,

- AOS wystawił średnio: 10,26 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 168,57 recept, 0,04 karty DiLO, 17,57 zwolnień lekarskich, 12,78 skierowań do poradni specjalistycznej, 67,48 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 16,48 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 0,30 skierowań do sanatorium, 6,78 zaświadczeń/orzeczeń lekarskich, 12,83 skierowań do szpitala oraz 6,78 informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego.

W II półroczu 2019 r. lekarz:

- POZ wystawił średnio: 42,33 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 2.145,17 recept, 132,67 zwolnień lekarskich, 390,50 skierowań do poradni specjalistycznej, 175,33 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 253,83 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 5 skierowań do sanatorium, 36,17 zaświadczeń/orzeczeń lekarskich, 25,83 skierowań do szpitala, 5,17 zleceń na transport sanitarny,

- AOS wystawił średnio: 37,32 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 294,77 recept, 0,05 karty DiLO, 41,36 zwolnień lekarskich, 20 skierowań do poradni specjalistycznej, 87,68 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 23,36 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 0,32 skierowań do sanatorium, 8,50 zaświadczeń lekarskich/orzeczeń, 14,23 skierowań do szpitala oraz 22,50 informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego.

W I półroczu 2020 r. lekarz:

- POZ wystawił średnio: 50,80 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 2.289,80 recept, 213,40 zwolnień lekarskich, 356,20 skierowań do poradni specjalistycznej, 171,80 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 210,60 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 7,60 skierowań do sanatorium, 38,60 zaświadczeń lekarskich/orzeczeń, 22,80 skierowań do szpitala, 3,20 zleceń na transport sanitarny,

- AOS wystawił średnio: 45,16 zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 331,37 recept, 0,16 karty DiLO, 46,21 zwolnień lekarskich, 17,74 skierowań do poradni specjalistycznej, 82,32 skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, 17,95 skierowań na badania diagnostyki laboratoryjnej, 0,21 skierowań do sanatorium, 8,37 zaświadczeń/orzeczeń lekarskich, 14,11 skierowań do szpitala oraz 24,63 informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego.

Liczby zaświadczeń wystawionych przez lekarzy w 2019 r. i w 2020 r. (do 30 czerwca) wynosiły odpowiednio: 96 i 29 zaświadczeń o stanie zdrowia OL 9 (ZUS), 16 i 6 zaświadczeń o stanie zdrowia N 14 (KRUS), 7 i 1 wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS PR4, 66 i 29 zaświadczeń lekarskich o stanie zdrowia wydanych dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o niepełnosprawności OnN oraz 811 i 352 zaświadczeń lekarskich.

Na wniosek pacjenta lekarze wydawali zaświadczenia o: braku przeciwwskazań do podjęcia pracy, dla sportowców, dla potrzeb wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego. Lekarze POZ wydawali zaświadczenia dla zadeklarowanych pacjentów, a dane do oceny stanu zdrowia zawarte były w dokumentacji medycznej danego pacjenta. W przypadku potrzeby dodatkowych badań, koszt ponosiła PCM w ramach świadczeń POZ. Zaświadczenia wydawano zgodnie z cennikiem usług medycznych. Innych zaświadczeń nie wystawiano.

[akta kontroli tom I, str. 145-166]

7. Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie 20 formularzy, wypełnionych przez 20 lekarzy PCM⁶⁰ podczas udzielania przez nich łącznie 402 świadczeń, wykazała, że:

- średni łączny czas porady⁶¹ wynosił 11,81 min, w tym średni czas badania podmiotowego wynosił 3,53 min (29,9%), średni czas badania przedmiotowego wyniósł 4,36 min (36,9%), łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wynosił 7,89 min (66,8%), średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wynosił 3,56 min (27,5%). Ponadto w czasie porad wykonano 27 zabiegów, gdzie średni czas zabiegu wynosił 7,5 min (5,7%).

(1) dla porad pierwszorazowych⁶²:

- średni czas trwania porady wyniósł 13 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 30 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 4,4 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 4,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 9,1 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 70% średniego czasu trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 3,8 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 12 min), co stanowiło 30% średniego czasu trwania porady⁶³;

(2) dla kontynuacji leczenia⁶⁴:

⁶⁰ W tym 2 lekarzy udzielających świadczeń POZ i 18 lekarzy udzielających świadczeń AOS

⁶¹ Wizyta pierwszy raz i kolejny raz

⁶² Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 79 świadczeń

⁶³ 46,8% porad pierwszorazowych poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem

⁶⁴ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – łącznie analizie poddano 223 świadczenia

- średni czas trwania porady wyniósł 11,4 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 30 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 3,2 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 12 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 4,2 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 15 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 7,5 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 27 min), co stanowiło 65,4% średniego czasu trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 3,1 min (czas minimalny – 0,5 min, czas maksymalny – 10 min), co stanowiło 26,9% średniego czasu trwania porady⁶⁵. Ponadto w czasie porad wykonano 25 zabiegów⁶⁶ o średnim czasie trwania 7,6 min (7,7%).

(3) dla teleporad:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 9,6 min (czas minimalny – 4 min, czas maksymalny – 30 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 5,1 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 53,1% średniego czasu trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 4,5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 10 min), co stanowiło 46,9% średniego czasu trwania porady.

[akta kontroli tom I, str. 190-213]

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W Regulaminie organizacyjnym nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. w formie teleporad oraz nie wskazano miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 5-6 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego należy określić m.in. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego (art. 24 ust. 1 pkt 6) oraz miejsce udzielania świadczeń, przy czym w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń (art. 24 ust. 1 pkt 5). Regulamin organizacyjny oprócz funkcji normującej, ma pełnić przede wszystkim rolę informacyjną i powinien służyć pacjentowi jako pierwsze źródło informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a zwłaszcza w zakresie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

⁶⁵ 30% porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem

⁶⁶ Np. szczepienia, opatrunki

Dyrektor PCM wyjaśnił, iż „w Regulaminie nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w formie teleporad oraz nie wskazano miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie”. Nie podał przyczyn tego stanu.

[akta kontroli tom I, str. 288-296]

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych przez PCM zapewniła realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, również po rozpoczęciu epidemii SARS-CoV-2. Dostępność udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów łączności telefonicznej, tj. w formie teleporad, stanowiło uzupełnienie podstawowego udzielania świadczeń zdrowotnych. Podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił właściwe wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów.

Stworzone zostały warunki organizacyjne zapewniające równomierne rozłożenie obowiązków wśród personelu, co zapewniło właściwe wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów.

Liczba udzielanych porad przez lekarzy w 2020 r. w stosunku do obu półroczy 2019 r. zmniejszyła się odpowiednio o 21 i 22%. W I półroczu 2020 r. teleporady stanowiły 6% porad lekarskich, pozostałe 94% stanowiły wizyty w bezpośrednim kontakcie. PCM dysponowało odpowiednim systemem do udzielania teleporad, a personel medyczny był odpowiednio przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznaczali średnio ponad 66,8% czasu trwania porady, 27,5% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne i 5,7% na wykonywanie zabiegów.

Obciążenie personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi zapewniło optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów.

Brak określenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w Regulaminie organizacyjnym nie miał szczególnego wpływu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez PCM.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. System informatyczny wykorzystywany w PCM składał się z wielu produktów (stanowił tzw. system rozproszony). Poszczególne produkty były dostarczone przez różnych dostawców.

W części związanej z działalnością medyczną (część biała) funkcjonowały:

- mMedica - system wdrożony 9 lutego 2019 r.;
- Chazon/Exhibeon - system wdrożony 24 listopada 2014 r.;
- Hemocell - system wdrożony 2 lutego 2010 r.,

a w części finansowo księgowej (część szara) funkcjonował system Infomedica - wdrożony 6 września 2016 r.

Wymienione powyżej systemy nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio.

System mMedica składał się z pięciu modułów:

- Podstawowy - obsługa kartoteki pacjentów, obsługa rozliczeń, obsługa gabinetów, obsługa raportów;
- EZLA+ - wystawianie i anulowanie e-ZLA, obsługa certyfikatów ZUS/ePUAP/podpisu kwalifikowanego, wydruk e-ZLA, automatyczne przypomnienia o konieczności elektronicznej dokumentacji;

- Pharmindex Baza Leków - informacje o zamiennikach leków; ceny leków pełnopłatnych aktualizowane w systemie dwumiesięcznym, szybkie i intuicyjne dotarcie do podstawowych informacji o leku, niezbędnych do wypisania recepty, aktualne ceny leków refundowanych obejmujące informacje z obwieszczeń refundacyjnych;
- Gabinet Pielęgniarki - przegląd ostatnich wizyt pacjenta, obsługa skierowań na badania laboratoryjne, diagnostyczne i zaopatrzenie rehabilitacyjne, ewidencja zabiegów, przygotowanie recept i eRecept;
- Menedżer eksportów do wersji "+" - wykonywanie kopii zapasowej poprzez określenie częstotliwości jej wykonywania oraz daty rozpoczęcia zadania, uruchamianie eksportu poprzez wskazanie odpowiedniego schematu, określenie częstotliwości jego wykonywania oraz daty rozpoczęcia zadania, odpytania eWUŚ poprzez określenie częstotliwości wykonania odpytania, daty rozpoczęcia zadania oraz wskazanie użytkownika programu posiadającego aktualne dane do logowania w systemie eWUŚ, wysyłania zleceń oraz odbierania wyników badań przy wykorzystaniu modułu eWyniki Lab/Diag, poprzez określenie częstotliwości synchronizacji wyników badań.

System Chazon/Exhibeon - składał się z jednego modułu umożliwiającego: rejestrację pacjenta do systemu Chazon, przesyłanie danych pacjenta na stację roboczą (skaner), odczyt i cyfrową obróbkę obrazów RTG, archiwizację i przegląd wykonanych badań diagnostycznych.

System Infomedica składał się z dziewięciu modułów: Moduł Finansowo Księgowy, Rachunek Kosztów, Rejestr Sprzedaży, Kasa, Środki Trwałe, Kadry, Płace, Grafiki oraz Oracle Database Standard Edition. System ten umożliwiał m.in.: prowadzenie księgi głównej (konta syntetyczne), ksiąg pomocniczych (konta analityczne) i ewidencji pozabilansowej (konta pozabilansowe), prowadzenie dziennika dokumentów sprzedaży, prowadzenie katalogu kontrahentów zintegrowanego z systemem Finansowo-Księgowym, obsługę raportu kasowego, prowadzenie kartotek składników majątku trwałego (ilościowo-wartościowych) obejmujących przechowywanie informacji o aparaturze medycznej, gromadzenie danych personalnych pracowników, gromadzenie informacji o kwalifikacjach uzyskanych przez pracownika.

W PCM było:

- 30 stanowisk z systemem mMedica (rejestratorzy medyczne, pielęgniarki, obsługa laboratorium, położne, lekarze, statystyk medyczny, specjaliści IT, dyrekcja).
- 12 stanowisk z systemem Infomedica (kierownicy działu, pracownicy kadr, księgowe);
- 14 stanowisk z systemem Chazon/Exhibeon (lekarze, technicy radiologii).
- 1 stanowisko Hemocell (obsługa laboratorium).

Świadczenia medyczne były udzielane w 11 gabinetach lekarskich, w których znajdował się sprzęt komputerowy z zainstalowanym systemem informatycznym.

Przeprowadzone oględziny 10 pomieszczeń PCM wykazały, że były one wyposażone w sprzęt komputerowy wraz z peryferiami (drukarka, skaner) z zainstalowanym oprogramowaniem (właściwym dla świadczonych w pomieszczeniu usług) oraz dostępem do sieci. Wyposażenie pomieszczeń było zgodne z wykazem środków trwałych.

[akta kontroli tom II, str. 1-186]

2. W okresie od 2019 r. do 30 września 2020 r. PCM poniosło następujące koszty:

- na zakup nowych systemów informatycznych (dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie i wdrożenie) – 22.965,70 zł;

- na eksploatację systemów informatycznych (serwis, konserwacja, asysta techniczna, naprawy) – 146.159,27 zł;
- na rozbudowę posiadanych systemów informatycznych – 34.272,14 zł.

[akta kontroli tom II, str. 144-150, 187-431]

3. W okresie objętym kontrolą PCM nie prowadziło postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na system lub sprzęt informatyczny. Zakupy zostały zrealizowane zgodnie z obowiązującym zarządzeniem⁶⁷ Dyrektora w sprawie regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 ustawy *Prawo zamówień publicznych*⁶⁸. PCM dokonywało zakupu sprzętu informatycznego (komputery, laptop, drukarki oraz licencje w zakresie oprogramowania komputerowego, dotyczącego nowych i posiadanych funkcjonalności) w sposób określony w art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o *finansach publicznych*⁶⁹.

Inwentaryzacja składników majątkowych (w tym sprzętu komputerowego, oprogramowania, systemu, licencji) była przeprowadzona w 2016 r. Dyrektor wyjaśnił, że inwentaryzacja jest przeprowadzana raz na cztery lata i zostanie przeprowadzona drogą spisu z natury w okresie listopad - grudzień 2020 r.

Ponadto Dyrektor poinformował, że planowane jest stworzenie zupełnie nowej infrastruktury sprzętowej mającej na celu wdrożenie nowego systemu informatycznego wykorzystywanego w pracy przychodni w zakresie części szarej oraz białej. Wiąże się to z wymianą dotychczas wykorzystanego oprogramowania oraz urządzeń medycznych. W związku z tym w latach 2019 - 2020 dostosowano jedynie pakiet posiadanych licencji do potrzeb podmiotu w zakresie oprogramowania kadrowo-księgowego oraz oprogramowania wykorzystanego do prowadzenia dokumentacji medycznej. Dlatego koszty funkcjonowania (rozbudowa, eksploatacja, integracja) dotychczasowych systemów (sprzęt, oprogramowanie) ograniczono do niezbędnego minimum.

[akta kontroli tom II, str. 144-150, 187-504]

4. Ustalono, że pakiet posiadanych przez PCM licencji został dostosowany do podstawowej wymaganej ewidencji dokumentacji medycznej, poza dokumentacją dotyczącą medycyny pracy oraz rehabilitacji leczniczej (ambulatoryjnej)⁷⁰.

W ramach funkcjonującego systemu informatycznego wdrożono następujące e-usługi: eZLA (eZwolnienie), eRecepta, eSkierowanie (wystawianie oraz odbiór).

W PCM wdrożono politykę bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz politykę bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych.

System informatyczny zapewniał:

- integralność treści dokumentacji i metadanych – poprzez zabezpieczenie przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur;
- stały dostęp do dokumentacji dla 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. Wymagania odnośnie zachowania poufności oraz polityki haseł zawarte zostały w *Polityce bezpieczeństwa systemów*

⁶⁷ Zarządzenie Nr 42/2019 oraz Nr 17/2020

⁶⁸ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych – Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

⁶⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych - Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

⁷⁰ PCM udzielając świadczeń w zakresie medycyny pracy i rehabilitacji medycznej prowadził dokumentację medyczną w postaci papierowej

informatycznych Podkarpackiego Centrum Medycznego w Rzeszowie SPZOZ;

- identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu. System nie prezentował historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej, ponieważ podmiot prowadził również dokumentację w formie papierowej, która była tożsama z danymi prowadzonymi elektronicznie. PCM nie posiadało dostępu do logowania zmian w bazie danych, natomiast każda dokonana zmiana (edycja) w wytworzonej dokumentacji medycznej wymagała ponownej autoryzacji wizyty;
- podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i ePUE. Lekarze wykorzystywali podpis ePUE-ZUS. Podpis kwalifikowany⁷¹ wykorzystywany był tylko przez pracowników administracji w części szarej;
- informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji. Natomiast nie zapewniał dostępu do pełnego logowania zmian;
- przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, tj. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie diagnostyczne, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ) oraz specjalizacje, w następujących dokumentach, np.: historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, skierowanie do pracowni diagnostycznej, skierowanie do laboratorium oraz podpis⁷².

Ponadto, ustalono że System mMedica posiadał możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 CDA; System Exhibeon do obsługi obrazów diagnostycznych zapewniał zapis oraz dystrybuowanie w standardach RIS/DICOM. Diagnostyka obrazowa była udostępniana tylko pomiędzy systemami wewnętrznymi podmiotu (bez bezpośredniej integracji).

System nie prezentował historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej. Podmiot nie miał dostępu do logowania zmian w bazie danych.

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach podał, że: „System nie spełnia podanej funkcjonalności, ponieważ nie została ona przewidziana i/lub zaimplementowana przez twórcę oprogramowania. PCM jest w trakcie realizacji projektu finansowanego ze środków unijnych, którego częścią będzie wymiana oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia dokumentacji medycznej w 2021 roku. Nowy system powinien być dostosowany do obowiązujących standardów.”

[akta kontroli tom II, str. 1-27, 516-643]

5. PCM częściowo prowadziło dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, tj. historia zdrowia i choroby, skierowania do laboratorium, skierowania do pracowni diagnostycznej, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, informacja dla lekarza kierującego. Dokumentacja ta prowadzona była również w postaci papierowej. W zakresie e-usług: e-Recepta, e-Skierowanie – dokumentacja drukowana była dla pacjenta⁷³.

⁷¹ W PCM wykorzystywanych było pięć podpisów kwalifikowanych

⁷² Dotyczy: e-Recepty i e-Skierowania

⁷³ W zakresie świadczeń medycyny pracy i rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, ze względu na brak dostępności modułów umożliwiających prowadzenie jej w postaci elektronicznej w obecnie posiadanym oprogramowaniu

PCM posiadało umowę⁷⁴ na opiekę serwisową z podmiotem zewnętrznym. Umowa dotyczyła oprogramowania InfoMedica, w której określono zasady udzielania zdalnego dostępu do zasobów. Określono także listę osób uprawnionych do opieki serwisowej i utrzymania bezpieczeństwa przetwarzania informacji.

System informatyczny umożliwiał tworzenie schematów uprawnień dla konkretnych grup użytkowników z możliwością rozgraniczenia tych uprawnień do pełnionej funkcji oraz posiadanych kompetencji, na następujących zasadach: minimalnych przywilejów, wiedzy koniecznej, domniemanej odmowy.

Dostęp do systemu mogły posiadać osoby w zależności od wykonywanych czynności służbowych lub umownych⁷⁵.

System był zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem indywidualnym identyfikatorem użytkownika oraz hasłem. Uprawnienia dostępu były nadawane wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska.

W powyższym zakresie ustalono, że system informatyczny nie posiadał dostępności modułów umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w obecnie posiadanym oprogramowaniu (w zakresie świadczeń medycyny pracy i rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym).

Dyrektor wyjaśnił, że „System nie spełnia podanej funkcjonalności, ponieważ nie została ona przewidziana i/lub zaimplementowana przez twórcę oprogramowania. PCM jest w trakcie realizacji projektu finansowanego ze środków unijnych, którego częścią będzie wymiana systemu w 2021 roku. Nowy system powinien być dostosowany do obowiązujących standardów”.

[akta kontroli tom II, str. 1-27, 516-643]

6. Wykorzystywany w PCM system informatyczny był stacjonarny, posiadał jedną lokalizację udzielania świadczeń. Dane pacjenta były udostępniane na terenie całej jednostki. System pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z OW NFZ.

Dostęp do najczęściej używanych funkcji zlokalizowany został w jednym oknie, np. obsługa wizyty odbywa się w jednym oknie pod kątem wywiadu, badania, opisu wizyty, ewidencji rozpoznania ICD-10 oraz wglądu do poprzedniej wizyty. Wystawienie zleceń, e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, ewidencja procedur ICD-9, odbywało się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu.

System nie posiadał możliwości tworzenia historii zdrowia i choroby pacjenta przez uprawnionych użytkowników w oparciu o modyfikowalne formularze. Posiadał natomiast możliwość tworzenia historii zdrowia i choroby w jednym oknie modyfikując indywidualnie widok. Umożliwiał wgląd do wpisów z poprzedniej wizyty/poprzednich wizyt oraz pozwalał na tworzenie własnych notatek w komentarzu - po autoryzacji wizyty.

System posiadał dostęp do bazy leków, kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych. Recepty były archiwizowane i można je było automatycznie wystawić ponownie na podstawie danych z poprzedniej recepty. Dodatkowo można było wystawić receptę na przyszły okres. Posiadał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10, a użytkownik miał do nich dostęp z poziomu modułu Gabinet przy ewidencji wizyty.

W systemie były zaimplementowane zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, wydawanych zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom z możliwością ich ewidencjonowania, drukowania oraz aktualizowania wzorów w przypadku zmian

⁷⁴ Umowa nr 15/2018/NWWR z 28 sierpnia 2018 r.

⁷⁵ Wniosek o nadanie/modyfikację uprawnień do systemu informatycznego kierowany był do Administratora Systemu Informatycznego

przepisów prawa. Zapewniał również możliwość tworzenia nowych dokumentów/wydruków, jednak na poziomie administracyjnym. Umożliwiał integrację z innymi rozwiązaniami opartymi o standard HL7, DICOM.

System był zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta. W okresie objętym kontrolą system eWUŚ nie potwierdził uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku 610 osób. 438 osób złożyło w tej sytuacji oświadczenie, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷⁶.

PCM nie posiadało systemu elektronicznej rejestracji usług na wizyty w przychodni, opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy POZ i specjalistów. Oprogramowanie nie dawało możliwości wysyłki powiadomień pacjentowi (w formie e-mail lub wiadomości sms) o aktualnym statusie zapisu na wizytę.

System umożliwiał wystawianie zwolnień elektronicznych oraz zapewniał integrację z ZUS, w celu umożliwienia pobrania listy zakładów pracy pacjenta. Wdrożono oprogramowanie obsługujące skierowania elektroniczne – ich wystawianie oraz pobieranie. Zapewnione było uzupełnianie dokumentów przez poszczególne grupy personelu (lekarz, pielęgniarka, rejestratorka) bez wzajemnej blokady uzupełniania danych w dokumentach. Istniała możliwość podglądu wprowadzonej informacji przez inną grupę – posiadającą odpowiednie uprawnienia.

Zapewniona została możliwość skanowania dokumentów oraz umieszczania ich w dokumentacji elektronicznej pacjenta. Lekarz obsługujący wizytę decydował, które dokumenty dołączyć do dokumentacji elektronicznej.

Konfiguracja wyglądu „Gabinetu” odbywała się na poziomie całego systemu (globalnie), danej stacji roboczej bądź użytkownika.

W okresie od stycznia 2019 r. do listopada 2020 r. nie było awarii systemu informatycznego mMedica. W pozostałych systemach nie prowadzono rejestru awarii.

Ponadto ustalono, że System nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Wyniki badań mogły być ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika.

Dyrektor wyjaśnił, że: „System nie spełnia podanej funkcjonalności, ponieważ nie została ona przewidziana i/lub zaimplementowana przez twórcę oprogramowania. PCM jest w trakcie realizacji projektu finansowanego ze środków unijnych, którego częścią będzie wymiana oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia dokumentacji medycznej w 2021 roku. Nowy system powinien być dostosowany do obowiązujących standardów. Rejestr awarii dla pozostałych systemów nie był prowadzony, ponieważ od stycznia 2019 roku nie wystąpiła awaria uniemożliwiająca pracę w systemach informatycznych.”

Zapytania o opinie dotyczące wykorzystywanego w podmiocie leczniczym systemu informatycznego przekazano 10 lekarzom, w tym trzem POZ i siedmiu AOS oraz 10 pielęgniarkom w tym czterem POZ i sześciu AOS. Z przekazanych opinii wynika, że 19 ankietowanych stwierdziło, iż system informatyczny jest narzędziem wspierającym pracę w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym jeden lekarz wskazał, iż „grupowanie i procedury – jest kłopotliwe ich wpisywanie”. Jedna pielęgniarka wskazała, że ze względu na charakter pracy,

⁷⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

system informatyczny nie jest mi niezbędny. Ogranicza się do wprowadzania procedur ze zleceń lekarskich wykonywanych w domu chorego”.

18 osób uznało, iż system jest intuicyjny w obsłudze, jedna „się go nauczyła”, a jedna uznała że nie jest intuicyjny.

Osiem osób nie było przeszkolonych z obsługi systemu informatycznego wykorzystywanego w Przychodni. Szkolenia uzupełniono w okresie trwania kontroli.

12 osób nie potrzebowało wsparcia w obsłudze systemu. Pozostałe osiem osób wspieranych było przez informatyka.

Według ankietowanych problemy występują głównie podczas bieżącej pracy, nowych zadań, nowości - przy zmianach oprogramowania oraz w przypadkach pojawienia się nieznanych komunikatów programu mMedica, ustawienia drukarki.

[akta kontroli tom I, str. 214-241, tom II, str. 1-27, 640-648]

7. PCM zostało podłączone do Systemu P1 z dniem 8 lutego 2019 r.

System informatyczny zapewnił interoperacyjność (tj. gotowość do współpracy) z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” w zakresie: e-Recepta i e-skierowanie.

PCM wykorzystywało standard HL7 CDA w zakresie transferu nie obrazowych danych medycznych dla dokumentów takich jak e-recepta, e-skierowanie, które w założeniach CEZ (dawniej CSIOZ) są tworzone zgodnie ze standardem IHE XDS. Komunikacja z platformą P1 odbywa się w zakresie eRecepty i eSkierowań.

W roku 2019 oraz do 30 września 2020 r. w PCM wystawiono łącznie 63 020 recept, w tym 980 recept w postaci papierowej. W okresie tym (od 24 stycznia 2020 r.) wystawiono również 943 e-skierowania.

Dyrektor PCM wyjaśnił, że recepty w postaci papierowej wystawiane są jedynie w przypadku wizyt domowych, braku kodów EAN dla niektórych leków oraz awarii Platformy P1.

[akta kontroli tom II, str. 1-27, 510-515, 644-648]

8. W PCM nie nadano uprawnień do roli asystenta medycznego lub „reprezentanta”, w związku z tym nie było osób upoważnionych do wystawiania e-zwolnień i e-recept. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki udzielenia przez lekarzy zatrudnionych w PZLA, osobom wykonującym zawód medyczny, lub innym osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, upoważnień do wystawiania zaświadczeń lub recept w postaci elektronicznej (odpowiednio e-zwolnień lub e-recept).

Skierowania i recepty w postaci elektronicznej wystawiali wyłącznie lekarze.

Z wyjaśnień Dyrektora PCM wynika, że po weryfikacji opinii lekarzy na temat wystawiania e-zwolnień i e-recept ustalono, iż obecnie jest to dość szybka procedura. Ponadto z opinii lekarzy (przedstawionej przez Dyrektora) wynika, że wystawianie e-zwolnień przez osoby trzecie wydłużyłoby czas wizyty. Lekarze mieli wątpliwości czy pacjent wyrazi zgodę na podanie danych wrażliwych dotyczących choroby. Wystawianie e-recepty przy kontynuacji leków, u pacjentów stabilnych, bez nowych dolegliwości byłoby pomocne, jednocześnie byłoby ułatwieniem dla pacjenta, ale wiąże się również z odpowiedzialnością finansową lekarza za błędnie wystawione recepty.

NIK, nie podziela stanowiska przedstawionego przez Dyrektora PCM. Zgodnie z art. 41a ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁷ od dnia udzielenia upoważnienia do wystawiania recept, do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia osoba upoważniona jest obowiązana do zapewnienia zgodności

⁷⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 514

danych zamieszczonych na tych receptach i skierowaniach z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej.

[akta kontroli tom II, str.505-509]

9. W toku kontroli ustalono czas wypełniania formularzy w postaci elektronicznej przez lekarzy POZ i AOS. I tak średni czas potrzebny na wystawienie:

- 1) zlecenia na wyroby medyczne (e-zlecenie): to 2 minuty 30 sekund;
- 2) recepty (e-recepta) – wpisanie nowego leku: to 35 sekund;
- 3) recepty (e-recepta) – powtórzenie leku: to 25 sekund;
- 4) Karty DİLO: to 18 minut;
- 5) zwolnienia lekarskiego (e-zwolnienie): to 1 minuta;
- 6) skierowania do poradni specjalistycznej: to 30 sekund;
- 7) skierowania na badania laboratoryjne: to 40 sekund;
- 8) skierowania na badanie diagnostyczne obrazowe: to 25 sekund;
- 9) skierowania do sanatorium: to 14 minut 30 sekund;
- 10) skierowania do szpitala: to 1 minuta;
- 11) informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego: to 25 sekund;
- 12) zaświadczenia lekarskiego: to 20 minut;
- 13) zlecenia na transport sanitarny: to 2 minuty.

[akta kontroli tom II, str. 649-663]

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wyposażenie PCM w sprzęt informatyczny oraz oprogramowanie było dostosowane do potrzeb, tj. liczby miejsc udzielania świadczeń, gabinetów oraz personelu. Zakupów sprzętu informatycznego (komputery, laptop, drukarki oraz licencje w zakresie oprogramowania komputerowego, dotyczącego nowych i posiadanych funkcjonalności) dokonywano w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Posiadany system informatyczny spełniał wymagania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a jednocześnie wspierający personel medyczny w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. System nie był jednak zasilany wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, co powodowało, że nie usprawniał on w pełnym zakresie pracy lekarzy.

Zapewniono również ochronę danych w systemie informatycznym poprzez opracowanie i wdrożenie polityki bezpieczeństwa danych osobowych.

Personel medyczny zatrudniony w PCM nie zgłaszał trudności związanych z obsługą systemu informatycznego. System stanowił narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednak brak integracji z modułami diagnostycznymi, brak e-rejestracji oraz automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżającej się wizycie powodował, że nie pozwalał on kompleksowo zarządzać pracą przychodni.

IV. Wnioski

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

Wniosek

Określenie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności wraz ze wskazaniem miejsca udzielania tych świadczeń w Regulaminie Organizacyjnym PCM.

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 Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 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.

Rzeszów, 21 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy

Barbara Lew
starszy inspektor k. p.

/-/

Łukasz Malec
starszy inspektor k. p.

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

p.o. WICEDYREKTORA

Delegatury Najwyższej Izby Kontroli

w Rzeszowie

z up. /-/

Robert Łukasz