



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.018.02.2020

Pan Artur Stachowicz
Zastępca Dyrektora ds. Opieki Medycznej
Samodzielny Publiczny Gminny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Jedliczu
ul. Romualda Traugutta 3, 38-460 Jedlicze

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jedliczu, ul. Romualda Traugutta 3, 38-460 Jedlicze, dalej: „Zakład”
Kierownik jednostki kontrolowanej	Artur Stachowicz, Zastępca Dyrektora ds. Opieki Medycznej od dnia 15 grudnia 2015 r. – wykonujący uprawnienia przysługujące Dyrektorowi Zakładu na podstawie pełnomocnictwa Nr 1/2017 z dnia 11 września 2017 r., udzielonego przez Burmistrza Jedlicza
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych 2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2020 (do dnia 23 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Paweł Adamski, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/144/2020 z 21 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: „ustawa o NIK”

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych oraz podział kompetencji zapewniły w Zakładzie prawidłową realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Na realizowanie przez Zakład usług medycznych nie miały negatywnego wpływu wykonywane przez personel medyczny (pielęgniarki i położną) czynności administracyjne, polegające na sporządzaniu sprawozdań z jego działalności i rejestrowanie pacjentów.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznacжали średnio ponad 76% w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i ponad 83% w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej czasu trwania porady i odpowiednio 24% i 17% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne. Wskaźniki takie zostały osiągnięte w sytuacji, gdy w Zakładzie nie skorzystano z możliwości nadania uprawnień tzw. asystentów medycznych, do zadań których należałoby m.in. wystawianie w imieniu lekarzy e-zwolnień i e-recept.

W Zakładzie wykorzystywane były narzędzia informatyczne wspomagające w niezbędnym zakresie pracę personelu, zarówno przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, jak i sporządzaniu sprawozdawczości.

System mMedica nie umożliwiał prezentacji historii zmian dokumentów i informacji o ich autorze. Nie stwarzał możliwości dostępu do pełnego logowania zmian oraz przekazywania diagnostyki obrazowej. System wspierając i usprawniając pracę personelu poprzez redukcję czynności administracyjno-biurowych w zakresie rozliczeń kontraktu z NFZ, nie zapewniał integracji z modułami diagnostycznymi, e-rejestracji oraz automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżającej się wizycie. System nie stwarzał możliwości załączania plików do historii zdrowia i choroby.

Zakład był w posiadaniu sprzętu informatycznego w ilości niezbędnej do wyposażenia gabinetów i pomieszczeń związanych z udzielaniem świadczeń medycznych.

W Regulaminie organizacyjnym Zakładu³ nie zostały określone zasady organizacji udzielania pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej w formie teleporad.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.

Zakład swoją działalność leczniczą w zakresie: „ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”, realizował w rodzaju:

a) Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ):

- świadczenia lekarza POZ;
- świadczenia położnej POZ;
- świadczenia pielęgniarki POZ i pielęgniarki szkolnej;

b) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS):

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

³ Wprowadzony Zarządzeniem Nr 5/2012 Dyrektora SPG ZOZ w Jedliczu z dnia 1 lipca 2012 r., dalej: „Regulamin organizacyjny”.

⁴ 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.

- alergologia;
- diabetologia;
- endokrynologia;
- kardiologia;
- dermatologia;
- neurologia;
- reumatologia;
- medycyna sportowa;
- ginekologia i położnictwo;
- okulistyka;
- otolaryngologia;

c) Psychiatryczna Opieka Specjalistyczna – zdrowie psychiczne dla dorosłych;

d) Leczenie Stomatologiczne – świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży, do 18-ego roku życia;

e) Opieka długoterminowa:

- pielęgniarstwo długoterminowe;
- hospicjum domowe;

f) Medycyna pracy.

Zakład świadczył także usługi w zakresie transportu sanitarnego.

Miejscami udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zakład były:

- w zakresie POZ: Przychodnia Rejonowa w Jedliczu; Ośrodek Zdrowia w Jaszcwi; Punkty Lekarskie w Potoku i w Moderówce;
- w zakresie AOS: Przychodnia Rejonowa w Jedliczu;
- w zakresie stomatologicznej opieki zdrowotnej: Ośrodek Zdrowia w Jaszcwi i Szkolny Gabinet Stomatologiczny w Jedliczu.

(akta kontroli str. 4-17)

W okresie objętym kontrolą, w Zakładzie nie zaprzestano udzielać świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 18-21)

Regulamin organizacyjny określał, iż w poradniach obowiązywała następująca organizacja rejestracji i przyjęć pacjentów:

- świadczenia zdrowotne w POZ powinny być udzielane w dniu zgłoszenia, a w przypadku niemożności przyjęcia pacjenta w dniu jego zgłoszenia, należało wpisać pacjenta na listę osób oczekujących;
- w razie nagłego zachorowania pacjent przyjmowany był bez skierowania w dniu zgłoszenia;
- pacjent miał prawo wyboru lekarza specjalisty, z którego usług medycznych będzie korzystał;
- rejestracja pacjenta odbywała się na podstawie zgłoszenia: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej;
- placówki Zakładu zobowiązane były do przyjęcia pacjenta w ustalonym terminie – w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie tego terminu, informowano pacjenta o zmianie terminu;
- Zakład prowadził listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z obowiązującym prawem.

(akta kontroli str. 4-17)

W Zakładzie nie został określony, w sposób sformalizowany, średni czas na przyjęcie pacjenta.

W związku z powyższym, Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż personel Zakładu posiada długoletnie doświadczenie zawodowe, w tym również w zakresie zadań związanych

z rejestracją pacjentów. Z wykorzystaniem praktyki własnej oraz ustnych uzgodnień z lekarzami realizującymi dany rodzaj świadczeń, ustala się średni czas zarezerwowany dla przyjęcia pacjenta. Uwzględnia się w tym zakresie również rodzaj udzielonego świadczenia, tj. wizyta w POZ lub rodzaj wizyty, np. porada, wizyta kontrolna.

W poradniach specjalistycznych AOS, personel rejestrujący pacjentów stosuje się do ustnych ustaleń z lekarzem specjalistą, co do przewidywanego czasu przyjęć pacjentów. Brany jest pod uwagę rodzaj i zakres świadczeń, np. wizyta pierwszorazowa, kontynuacja leczenia, wizyta zabiegowa.

(akta kontroli str. 4-17; 22-24)

W zakresie dostępności pacjentów do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych analizą objęto dokumentację sześciu lekarzy⁵, za 3 miesiące⁶ z okresu objętego kontrolą. Wszyscy lekarze realizowali swoje świadczenia w poradniach Zakładu.

Lekarze POZ zatrudnieni na podstawie umów o pracę udzielali świadczeń w wymiarach 1/2 i 2/3 etatu, pięć dni w tygodniu, od 2h do 7h 30' dziennie. Nieobecności w pracy tych lekarzy (5 i 12 dni) w badanych miesiącach, wynikały z wykorzystania przez nich urlopów wypoczynkowych.

Lekarz POZ zatrudniony na podstawie umowy (kontraktu) udzielał świadczeń w wymiarze 26h 45' tygodniowo, od poniedziałku do piątku, od 3h 30' do 5h 30' dziennie.

Lekarze specjaliści zatrudnieni na podstawie umów (kontraktów) realizowali świadczenia w wymiarze:

- specjalista ginekolog – 10h tygodniowo,
- specjalista alergolog – 10h tygodniowo,
- specjalista okulista – 15h 45' tygodniowo.

Liczba udzielonych świadczeń przez lekarzy specjalistów, w miesiącach objętych kontrolą wynosiła odpowiednio:

- ginekolog – 13; 49 i 64,
- alergolog – 0; 46 i 47,
- okulista – 0; 136 i 187.

W związku z ogłoszonym stanem epidemii spowodowanej wirusem COVID-19, Dyrektor Zakładu informował Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (OW NFZ) w Rzeszowie o przerwach, m.in. w kwietniu 2020 r., w udzielaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, m.in. w: Poradni dla Kobiet – Poradni Ginekologicznej, Poradni Okulistycznej i Poradni Alergologicznej. W tym okresie, w Poradni dla Kobiet – Poradni Ginekologicznej realizowane były wizyty ograniczone do świadczeń koniecznych, wynikających z prowadzenia ciąży.

Powyższe przerwy wynikały z warunków lokalowych Zakładu, tj. pomieszczenia poczekalni były wspólne dla wszystkich gabinetów lekarskich, w których godziny przyjęć nakładały się na siebie. Brak było możliwości pozostawienia odzieży wierzchniej przez pacjentów poza poczekalnią i gabinetami lekarskimi. Przerwy były spowodowane również sytuacją, gdy w tym samym zespole pomieszczeń były udzielane świadczenia POZ, w związku z czym podjęte działania miały na celu w sposób maksymalny obniżyć ryzyko rozprzestrzeniania się epidemii koronawirusa.

(akta kontroli str. 25-30; 31-34)

⁵ dwóch lekarzy POZ zatrudnionych na umowę o pracę i czterech lekarzy realizujących świadczenia medyczne na podstawie umowy (kontraktu), tj. lekarz POZ i lekarze specjaliści udzielający świadczeń w: Poradni dla Kobiet – Poradni Ginekologicznej; Poradni Okulistycznej i Poradni Alergologicznej.

⁶ kwiecień; czerwiec i sierpień 2020 r.

Zakład nie zatrudnia osób na stanowiskach rejestratorek. W związku z powyższym, Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż praca na stanowisku rejestrującym pacjentów jest zorganizowana z wykorzystaniem pracy pielęgniarek i położnych. Taka sytuacja jest dla Zakładu bardziej elastyczna, pozwalająca na szybką reakcję na okresowe natężenie połączeń telefonicznych. Ze względu na kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych istnieje także możliwość udzielania fachowej informacji i odpowiedzi na pytania pacjentów związane nie tylko z procesem ich wpisania na listę osób zarejestrowanych.

W okresie objętym kontrolą teleporady nie były jedyną formą udzielania świadczeń medycznych. W Zakładzie teleporady zostały wprowadzone:

- w POZ, w zakresie świadczenia lekarza POZ – od marca 2020 r.;
- w AOS, w zakresie świadczeń specjalistycznych: diabetologia, endokrynologia, okulistyka, ginekologia, dermatologia, alergologia, reumatologia – od kwietnia 2020 r.

W Zakładzie nie zostały określone warunki realizacji teleporady zarówno w Regulaminie organizacyjnym, jak również w formie odrębnych zarządzeń wewnętrznych i procedur. Faktyczne warunki udzielania w Zakładzie teleporad nie odpowiadały w pełni standardom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej⁷.

Odnośnie warunków na jakich były udzielane w Zakładzie teleporady, Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż każdy z pracowników Zakładu udzielający teleporady miał możliwość jej wykonywania w sposób bezpieczny, w osobnym pomieszczeniu, bez udziału osób trzecich. Wprowadzona w Zakładzie „Polityka Ochrony Danych w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jedliczu” z dnia 21 maja 2018 r. reguluje zasady i procedury przetwarzania danych osobowych i ich zabezpieczania przed nieuprawnionym dostępem.

Teleporady były udzielane w godzinach pracy lekarzy, określonych harmonogramami, po wcześniejszym zarejestrowaniu potrzeby ich udzielenia. Teleporadę poprzedzał wywiad osoby rejestrującej z potencjalnym pacjentem, w kierunku objawów chorobowych i dolegliwości. Pacjent w trakcie rejestracji był informowany o terminie i godzinie przeprowadzenia teleporady. W praktyce lekarz decydował o formie informowania pacjentów, którym miały być udzielone teleporady, dostosowując je do organizacji i planu swojej pracy (przyjęć pacjentów). Podejmowano również decyzję, czy lekarz wykona połączenie telefoniczne do pacjenta, czy pacjent w umówionym czasie będzie się kontaktował z lekarzem. W zakładowym systemie obsługującym rozmowy telefoniczne była możliwość uzyskania informacji o numerze telefonu, z którego odebrano połączenie oraz czasu jego trwania. Każda teleporada była odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta.

(akta kontroli str. 4-17; 18-21; 178-248)

Na stronie internetowej Zakładu: www.zozjedlicze.pl znajdowały się informacje związane z jego funkcjonowaniem. W zakładce „Usługi” podane zostały zakresy świadczonych usług medycznych w ramach umów zawartych z OW NFZ w Rzeszowie oraz miejsca ich udzielania. Po aktywowaniu nazwy konkretnej jednostki organizacyjnej Zakładu, np. „Przychodnia Rejonowa w Jedliczu”, uzyskać można było następujące informacje: dane kontaktowe Przychodni, w tym trzy numery telefonów do rejestracji, numer telefonu do Administracji Przychodni. Pod nazwami poszczególnych poradni znajdowały się wykazy dni i godziny pracy danej

⁷ Dz. U. poz.1395

poradni oraz imiona i nazwiska lekarzy udzielających w nich świadczeń, specjalizacja tych lekarzy oraz dni i godziny przyjęć pacjentów.

Podane zostały również informacje o realizowanych w jednostkach organizacyjnych Zakładu programach profilaktycznych⁸. Pacjenci wymagający szczególnej opieki medycznej mogli zapoznać się ze szczegółowymi zakresami świadczonych usług zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz hospicjum domowego. Podana została informacja, iż osobom ubezpieczonym w NFZ przysługują bezpłatne świadczenia zdrowotne w ramach POZ udzielane przez lekarzy, pielęgniarki i położne POZ oraz pielęgniarki szkolne.

W budynkach Zakładu, na drzwiach gabinetów lekarskich były umieszczone informacje z jego nazwą, danymi lekarzy udzielającymi świadczeń medycznych oraz godzinami przyjęć pacjentów.

(akta kontroli str. 35)

Prowadzona w Zakładzie dokumentacja medyczna zawierała informacje określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹.

Indywidualna dokumentacja medyczna (historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych) siedmiu pacjentów, prowadzona w zakresie POZ i AOS w okresie od 1 stycznia do 15 grudnia 2020 r. (12 udzielonych świadczeń, wpisów) zawierała oznaczenie pacjenta¹⁰, datę i godzinę udzielonej porady – przyjęcia pacjenta; rodzaj udzielonej porady; dane lekarza realizującego poradę¹¹, informacje z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby (w tym ICD-10¹²), informację o zleconych badaniach diagnostycznych, konsultacjach, zaleconych zabiegach oraz wystawionych receptach i lekach wraz z ich dawkowaniem, a także wyniki badań diagnostycznych. Dokumentacja prowadzona w zakresie świadczeń AOS zawierała również wpisy dotyczące skierowania: data wystawienia, dane lekarza kierującego (nazwisko, imię, numer NPWZ), nazwę instytucji kierującej, kod (...). Wpisy w dokumentacji prowadzone były w sposób chronologiczny a kolejne jej strony zostały ponumerowane.

(akta kontroli str. 36-37)

Tryb składania i rozpoznawania skarg i zażaleń pacjentów na zachowanie lub czynności personelu Zakładu został określony w Regulaminie organizacyjnym. Skargi przyjmowane były przez Dyrektora Zakładu codziennie, w godzinach pracy oraz przez Kierownika Działu Administracji i Nadzoru od poniedziałku do piątku, w godz. od 8⁰⁰ do 14³⁰. Skarga mogła być złożona ustnie do protokołu lub na piśmie. Na każdą skargę pisemną odpowiedź powinna zostać udzielona w terminie nie przekraczającym 30 dni.

W okresie objętym kontrolą, do Zakładu nie były kierowane skargi, wnioski i zażalenia.

(akta kontroli str. 4-17; 18-21)

2.

Według stanu na: 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r. oraz 30 czerwca 2020 r. i 30 września 2020 r., na podstawie umowy o pracę, w Zakładzie zatrudnione były odpowiednio: 32; 32; 32; 32 i 33 osoby.

⁸ Profilaktyki chorób odżywczych, chorób układu krążenia; raka szyjki macicy

⁹ Dz. U z 2020 r., poz. 666

¹⁰ nazwisko i imię, numer PESEL; adres, płeć, datę urodzenia

¹¹ nazwisko i imię, tytuł, numer NPWZ

¹² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta, dalej „ICD-10”.

W poszczególnych grupach zawodowych, zatrudnienie na podstawie umowy pracę, wynosiło¹³:

- lekarze – po 2 osoby;
- lekarze dentyści – po 2 osoby;
- pielęgniarki i położne – 19; 18; 18; 18 i 18 osób;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 3; 3; 3; 3 i 4 osoby;
- personel medyczny ze średnim wykształceniem – 1; 2; 2; 2 i 2 osoby;
- administracja – po 4 osoby;
- obsługa – po 1 osobie.

Liczba osób zatrudnionych w Zakładzie na podstawie umowy zlecenia wynosiła¹⁴: 18; 18; 17; 19 i 19 osób.

W poszczególnych grupach zawodowych, zatrudnienie na podstawie umów zlecenia, wynosiło¹⁵:

- lekarze – 1 osoba w II półroczu 2019 r.;
- pielęgniarki i położne – 15; 15; 13; 14 i 14 osób;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 1; 1; 1; 3 i 3 osoby;
- administracja – po 1 osobie;
- obsługa – po 1 osobie.

Liczba osób zatrudnionych w Zakładzie na podstawie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą i legitymującymi się nabyciem kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub dziedzinie medycyny, tzw. kontraktów, wynosiła odpowiednio¹⁶: 33; 33; 33; 34 i 33 osoby.

W poszczególnych grupach zawodowych, zatrudnienie na podstawie kontraktów wynosiło¹⁷:

- lekarze – 26; 26; 26; 25 i 24 osoby;
- pielęgniarki i położne – 5; 5; 5; 7 i 7 osób;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – po 2 osoby.

(akta kontroli str. 38-40)

W okresie objętym kontrolą, w Zakładzie nie były zatrudniane osoby w celu wspierania pracy personelu medycznego. Nie występował niedobór kadry medycznej.

Prowadzenie teleporad w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń medycznych nie spowodowało zmian w zatrudnieniu oraz zmian w organizacji udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 18-21; 41-47)

3.

W okresie 2019 r. - 2020 r. (do 30 czerwca) koszty wynagrodzeń osobowych w ramach stosunku pracy w Zakładzie wyniosły ogółem 3.543.559 zł. W podziale na poszczególne półrocza, koszty tych wynagrodzeń wynosiły odpowiednio¹⁸: 1.678.972 zł; 1.489.799 zł i 1.480.217 zł.

¹³ odpowiednio według stanu na 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r. oraz 30 czerwca 2020 r., 30 września 2020 r.

¹⁴ J.w.

¹⁵ J.w.

¹⁶ J.w.

¹⁷ J.w.

¹⁸ Odpowiednio: w I półroczu 2019 r.; w II półroczu 2019 r. oraz w I półroczu 2020 r.

Średnie, miesięczne wynagrodzenie pracownika zatrudnionego na podstawie umowy pracę, w poszczególnych grupach zawodowych wynosiło¹⁹:

- lekarze – 13.153 zł; 11.708 zł i 12.378 zł;
- lekarze dentyści – 7.277 zł; 9.833 zł i 5.992 zł;
- pielęgniarki i położne – 6.583 zł; 5.821 zł i 5.774 zł;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 4.206 zł; 4.053 zł i 4.289 zł;
- personel medyczny ze średnim wykształceniem – 1.744 zł; 1.924 zł i 1.744 zł;
- administracja – 8.239 zł; 7.023 zł i 7.080 zł;
- obsługa – 4.477 zł; 4.134 zł i 3.911 zł.

Koszty wynagrodzeń bezosobowych z tytułu umów zleceń, w okresie 2019 r. - 2020 r. (do 30 czerwca) w Zakładzie wyniosły ogółem 539.466 zł. W poszczególnych półroczach, koszty tych wynagrodzeń wynosiły²⁰: 180.982 zł; 177.108 zł i 181.376 zł.

Średnie, miesięczne wynagrodzenie zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, w poszczególnych grupach zawodowych wynosiło:

- lekarze – 1.030 zł²¹ i 660 zł²²;
- pielęgniarki i położne – 1.791 zł; 1.975 zł i 1.809 zł;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 1.993 zł; 2.233 zł i 1.091 zł;
- administracja – 280 zł; 240 zł i 420 zł;
- obsługa – 933 zł; 1.023 zł i 867 zł.

Koszty usług obcych z tytułu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontrakty), w okresie 2019 r. - 2020 r. (do 30 czerwca) w Zakładzie wyniosły ogółem 2.568.986 zł. W podziale na poszczególne półrocza, koszty tych wynagrodzeń wynosiły²³: 886.367 zł; 916.463 zł i 766.156 zł.

Średnie, miesięczne wynagrodzenie osoby udzielającej świadczeń na podstawie kontraktu, w niżej wymienionych grupach zawodowych wynosiło²⁴:

- lekarze – 4.590 zł; 4.752 zł i 3.637 zł;
- pielęgniarki i położne – 5.209 zł; 5.353 zł i 3.695 zł;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 1.175 zł; 1.214 zł i 1.790 zł.

W przeliczeniu na jeden etat, miesięczne wynagrodzenie za świadczenia na podstawie kontraktu, w niżej wymienionych grupach zawodowych wynosiło:²⁵

- lekarze – 12.695 zł; 14.366 zł i 11.124 zł;
- pielęgniarki i położne – 6.855 zł; 7.043 zł i 7.037 zł;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 2.612 zł; 2.698 zł i 3.977 zł.

(akta kontroli str. 40; 48-50)

Udziały kosztów wynagrodzeń ogółem (osobowych i bezosobowych), w kosztach działalności operacyjnej oraz w kosztach ogółem Spółki wynosiły: w 2019 r. – po 41,4% oraz w 2020 r. (I półrocze) - po 44,2%.

¹⁹ J.w.

²⁰ J.w.

²¹ Lekarz był zatrudniony na umowę zlecenie przez dwa miesiące II półrocza 2019 r.

²² Lekarz był zatrudniony na umowę zlecenia przez trzy miesiące I półrocza 2020 r.

²³ Odpowiednio: w I półroczu 2019 r.; w II półroczu 2019 r. oraz w I półroczu 2020 r.

²⁴ J.w.

²⁵ J.w.

Udziały kosztów zakupu usług obcych na tzw. kontrakty, w kosztach działalności operacyjnej oraz w kosztach ogółem Spółki wynosiły: w 2019 r. – po 29,6%, oraz w 2020 r. (I półrocze) - po 27,2%.

(akta kontroli str. 51-52)

4.

W okresie objętym kontrolą sprawozdania z działalności Zakładu były sporządzane przez:

- osobę zatrudnioną na stanowisku „Starsza pielęgniarka” - sprawozdania dla Głównego Urzędu Statystycznego²⁶, do Ministerstwa Zdrowia²⁷ oraz do NFZ²⁸;
- osoby zatrudnione na stanowiskach „Starsza położna” oraz „Starsza pielęgniarka” (środowiskowa) - dla NFZ²⁹ oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii³⁰. W zakresie obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku „Starsza położna” było m.in. prowadzenie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości powiązanej z rodzajem wykonywanych czynności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w formie papierowej lub aplikacjach informatycznych stosowanych przez Zakład. W zakresie obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku „Starsza pielęgniarka” (środowiskowa) należało prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa dla realizowanych świadczeń.

Zakład nie dysponował wydzielonym stanowiskiem pracy, na którym wypełniano i przekazywano sprawozdania do właściwych podmiotów oraz nie zatrudniał personelu pomocniczego (niemedycznego) do wykonywania czynności administracyjnych, związanych z udzielaniem ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W sprawie wypełniania sprawozdań z działalności Zakładu przez personel medyczny oraz niezatrudnienia w Zakładzie osób na stanowiskach administracyjnych do obowiązków których należałoby m.in. sporządzanie takich sprawozdań, Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż w Zakładzie dostosowano wybór rozwiązań organizacji pracy w zakresie zadań sprawozdawczości medycznej do wielkości podmiotu, merytorycznej wiedzy wymaganej do sprawnego realizowania tych zadań i dokonano oceny możliwości ich realizacji przez zatrudniony personel medyczny. W odniesieniu do ww. czynników jakie zostały wzięte pod uwagę, tworzenie dodatkowego stanowiska pracy jawi się jako niecelowe.

Propozycja powierzenia realizacji obowiązków sprawozdawczych określonym osobom personelu medycznego została przez te osoby przyjęta i nie wpłynęła na niewłaściwą realizację zadań związanych z udzielaniem świadczeń medycznych.

- zastępca Głównego Księgowego – dla Głównego Urzędu Statystycznego³¹ oraz Ministerstwa Zdrowia³². (akta kontroli str. 53; 54-59; 60-62)

²⁶ Sprawozdanie ZD-3

²⁷ Sprawozdania: MZ-11; MZ-13; MZ-14; MZ-15; MZ-24; MZ-06; MZ-35A; MZ-35B; MZ-88; MZ-89

²⁸ Wykaz świadczeń obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów (miesięcznie)

²⁹ Sprawozdawczość deklaracji POZ (lekarz, pielęgniarka, położna, medycyna szkolna) – raz w miesiącu; Sprawozdawczość z wykonanych świadczeń we wszystkich zakresach umów - minimum raz w miesiącu; Sprawozdawczość kolejek oczekujących; Sprawozdawczość pierwszych wolnych terminów - przekazywane codziennie; Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych w POZ - półroczne i roczne; Wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ - miesięczne

³⁰ Sprawozdania z realizacji świadczeń w Psychiatrii i Leczeniu Uzależnień - sprawozdanie roczne

³¹ Sprawozdanie Z-05 - sprawozdania kwartalne dot. badania popytu na pracę

Badanie zakresów czynności losowo wybranej grupy pracowników medycznych³³ wykazało, iż oprócz zapisów o prowadzeniu sprawozdawczości medycznej w przypadku pielęgniarek i położnej, znajdowały się wyłącznie zapisy o realizacji zadań medycznych lekarza POZ, pielęgniarki i położnej POZ.

W okresie objętym kontrolą wśród pracowników Zakładu nie było absolwentów kierunku "zdrowie publiczne".

(akta kontroli str. 43-46; 63)

5.

Personel medyczny Zakładu wspierający pracę lekarzy posiadał wymagane kwalifikacje, określone art. 6 i art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej³⁴ oraz załącznikiem 1a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁵.

W okresie objętym kontrolą w Zakładzie było zatrudnionych 14 pielęgniarek i położna POZ i AOS. Spośród pielęgniarek, 3 osoby posiadały wyższe wykształcenie i tytuł magistra pielęgniarstwa, 9 osób ukończyło średnie szkoły medyczne o specjalności „pielęgniarstwo”. Dwie osoby posiadały tytuł licencjata pielęgniarstwa. Położna posiadała wykształcenie wyższe i tytuł magistra położnictwa. Jedna pielęgniarka posiadała ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawcze.

Pięć pielęgniarek nie ukończyło kursów kwalifikacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa. Pozostałe ukończyły kursy: „pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”; „pielęgniarki środowiskowo - rodzinnej”; „ochrona zdrowia pracujących”; „pielęgniarstwo pediatryczne”; pielęgniarstwo opieki długoterminowej”; „pielęgniarstwo środowiska nauczania”; pielęgniarstwo rodzinne dla położnych”.

Wszystkie pielęgniarki zatrudnione przez okres objęty kontrolą zajmowały stanowiska „starsza pielęgniarka”. Położna pracowała na stanowisku „starsza położna”. Na umowę o pracę, w wymiarze pełnego etatu było zatrudnionych dwanaście pielęgniarek. Pozostałe 3 pielęgniarki świadczyły usługi medyczne na podstawie umów zleceń.

Średni staż pracy w zawodzie wynosił 33 lata. Najdłuższy i najkrótszy staż pracy wynosił odpowiednio 49 i 18 lat.

(akta kontroli str. 64)

6.

W okresie objętym kontrolą, ogólna liczba porad udzielonych przez lekarzy POZ wyniosła 54.000. Porady w liczbie 38.402 zostały udzielone w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem³⁶ zaś 5.061 porad zostało udzielonych w formie teleporady.

W I półroczu 2019 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 18.724, w tym 13.410 porad udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem

³² Sprawozdanie o finansach podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego SPZOZ - sprawozdanie roczne; Kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej; Struktura zobowiązań w poszczególnych SPZOZ - sprawozdanie kwartalne

³³ Zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, tj. 2 lekarzy; 3 pielęgniarek i położnej

³⁴ Dz. U. z 2020, poz. 172 tj. – w przypadku pielęgniarki POZ i położnej POZ

³⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 357 – w przypadku pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń w ramach AOS

³⁶ Lekarze POZ udzielali również porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentami podczas wizyt domowych (poza przychodnią)

W II półroczu 2019 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 18.335, w tym 13.336 porad zostało udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

W I półroczu 2020 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 16.941, w tym 11.626 porad udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 5.061 teleporad.

W okresie objętym kontrolą, ogólna liczba porad udzielonych przez lekarzy świadczących usługi medyczne w ramach AOS wyniosła 23.923. Porady w liczbie 22.602 zostały udzielone w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, zaś 917 porad zostało udzielonych w formie teleporady.

W I półroczu 2019 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 9.254, w tym 9.065 porad udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

W II półroczu 2019 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 9.198, w tym 8.983 porad zostało udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

W I półroczu 2020 r. ogólna liczba udzielonych porad wyniosła 5.471, w tym 4.554 porad udzielonych w przychodni, przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem i 917 teleporad.

Lekarze POZ i lekarze świadczący usługi medyczne w ramach AOS w 2019 r. nie udzielali porad w formie teleporad.

W I półroczu oraz w II półroczu 2019 r. lekarze świadczący usługi medyczne w poszczególnych zakresach AOS udzielili porad (odpowiednio: liczba porad ogółem / liczba porad udzielonych w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem):

- kardiologia – 720 / 720 oraz 587 / 587;
- ginekologia – 1.720 / 1.652 oraz 1.746 / 1.675;
- okulistyka – 1.369 / 1.319 oraz 1.571 / 1.519;
- neurologia – 396 / 390 oraz 429 / 429;
- otolaryngologia – 574 / 574 oraz 493 / 493;
- medycyna sportowa – 56 / 56 oraz 40 / 40;
- diabetologia – 1.018 / 980 oraz 977 / 925;
- endokrynologia – 854 / 843 oraz 775 / 763;
- dermatologia – 723 / 723 oraz 756 / 756;
- alergologia – 1.168 / 1.152 oraz 1.137 / 1.109;
- reumatologia – 656 / 656 oraz 687 / 687.

W I półroczu 2020 r. lekarze świadczący usługi medyczne w poszczególnych zakresach AOS udzielili porad (odpowiednio: liczba porad ogółem / liczba porad udzielonych w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem / liczba teleporad):

- kardiologia – 260 / 260 / 0;
- ginekologia – 1.166 / 1.002 / 164;
- okulistyka – 712 / 701 / 11;
- neurologia – 214 / 241 / 0;
- otolaryngologia – 274 / 274 / 0;

- medycyna sportowa – 7 / 7 / 0;
- diabetologia – 824 / 457 / 367;
- endokrynologia – 501 / 408 / 93;
- dermatologia – 498 / 405 / 93;
- alergologia – 685 / 553 / 132;
- reumatologia – 330 / 273 / 57.

(akta kontroli str. 65-67)

Średnia liczba porad³⁷ udzielonych przez lekarza POZ w I półroczu oraz II półroczu 2019 r. wynosiła odpowiednio 2.341 i 2.292.

Średnia liczba porad i teleporad udzielonych przez lekarza POZ w I półroczu 2020 r. wynosiła 2.118.

Średnia liczba porad³⁸ udzielonych przez lekarza AOS w I półroczu oraz II półroczu 2019 r. wynosiła odpowiednio 617 i 613.

Średnia liczba porad i teleporad udzielonych przez lekarza AOS w I półroczu 2020 r. wynosiła 365.

Średni czas udzielania porady w przychodni przez lekarza POZ (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) w I półroczu i II półroczu 2019 r. wynosił odpowiednio 13'25" i 13'35".

Średni czas udzielania porady w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) oraz teleporady przez lekarza POZ w I półroczu 2020 r. wynosił odpowiednio 15' i 13'.

Średni czas udzielania porady w przychodni przez lekarza AOS (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) w I półroczu i II półroczu 2019 r. wynosił odpowiednio 13'42" i 13'35".

Średni czas udzielania porady w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) oraz teleporady przez lekarza AOS w I półroczu 2020 r. wynosił odpowiednio 49' i 12'78".

(akta kontroli str. 65-67)

W okresie objętym kontrolą, liczba ogółem wystawionych w Zakładzie przez lekarzy POZ i AOS dokumentów wynosiła (w nawiasach odpowiednio liczby ogółem dokumentów wystawionych w: I półroczu, II półroczu 2019 r. oraz I półroczu 2020 r.):

- zlecenie na zaopatrzenie medyczne – 1.364 (478; 519; 367);
- recepty – 79.769 (28.578; 28.142; 23.049);
- karty DiLO – 5 (2; 1; 2);
- zwolnienia lekarskie – 6.569 (2.001; 1.988; 2.580);
- skierowania do poradni specjalistycznej – 22.429 (8.365; 8.743; 5.321);
- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – 3.712 (1.392; 1.631; 689);
- skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej – 23.294 (8.097; 9.866; 5.331)
- skierowania do sanatorium – 136 (72; 25; 39);
- zaświadczenia lekarskie/orzeczenia – 4.527 (2.228; 1.987; 312);
- skierowania do szpitala – 300 (151; 137; 12);
- informacje dla lekarza POZ/lekarza kierującego – 2.405 (946; 932; 527);

³⁷ Lekarze POZ w 2019 r. nie udzielali teleporad

³⁸ Lekarze AOS w 2019 r. nie udzielali teleporad

- zlecenie na transport sanitarny – 91 (24; 37; 30).

Średnia liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy POZ i AOS w okresie objętym kontrolą, tj. w podziale na: I półrocze i II półrocze 2019 r. oraz I półrocze 2020 r., wynosiła odpowiednio:

- zlecenie na zaopatrzenie medyczne – 15 i 24; 13 i 27; 22 i 12;

- recepty – 1.837 i 925; 1.793 i 919; 1.855 i 547;

- karty DiLO – 1 i 0; 1 i 0; 1 i 0;

- zwolnienia lekarskie – 229 i 11; 216 i 17; 306 i 9;

- skierowania do poradni specjalistycznej – 941 i 56; 980 i 60; 608 i 31;

- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – 31 i 30; 43 i 27; 17 i 13;

- skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej – 200 i 152; 228 i 201; 142 i 90;

- skierowania do sanatorium – 7 i 1; 3 i 1; 4 i 1;

- zaświadczenia lekarskie/orzeczenia – 175 i 55; 158 i 48; 77 i 21;

- skierowania do szpitala – 14 i 3; 14 i 2; 5 i 1;

- informacje dla lekarza POZ/lekarza kierującego – 0 i 63; 0 i 62; 0 i 35;

- zlecenie na transport sanitarny – 3 i 0; 5 i 0; 4 i 0.

(akta kontroli str. 69)

Od 17 października 2019 r. pielęgniarki i położne, które posiadały wymagane kwalifikacje, mogły samodzielnie udzielać porad w ramach świadczeń AOS, jako kontynuację leczenia na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.

W poradni diabetologicznej kwalifikacje personelu pozwalały na realizowanie niektórych czynności odciążających pracę lekarza w prowadzeniu leczenia pacjenta i taka pomoc była realizowana. W poradni kardiologicznej lekarz kontraktowy samodzielnie decydował o leczeniu pacjenta. W poradni ginekologicznej położna wykonywała czynności możliwe do realizacji na poziomie swoich kwalifikacji (nie posiada wyższego wykształcenia i specjalizacji). W Zakładzie brak jest poradni chirurgii ogólnej.

(akta kontroli str. 43-47)

Zakład nie jest w stanie ustalić i podać liczby wystawianych poszczególnych rodzajów zaświadczeń. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż nie jest prowadzona ewidencja wydawanych zaświadczeń, gdyż nie ma takiego obowiązku. Wydawanie zaświadczeń odbywa się w większości podczas wizyt pacjentów, zaś wprowadzenie ewidencjonowania zaświadczeń nie wpłynęłoby na usprawnienie tego procesu.

W wyniku badania dokumentacji medycznej³⁹ stwierdzono, że w latach 2019-2020 (I półrocze) w Zakładzie nie wystawiano przez lekarzy POZ na wniosek pacjenta zaświadczeń nieuregulowanych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Nie wystąpiły również przypadki, gdy lekarz POZ nie wystawił zaświadczenia ze względu na brak wymaganych danych do oceny stanu zdrowia pacjenta.

(akta kontroli str. 22-24)

7.

W POZ:

- łączny czas trwania porady udzielonej wynosił: minimalny – 2'; maksymalny – 20'; średni – 11'30";

³⁹ Kart zdrowia i choroby 7 pacjentów, obejmującej zapisy 41 porad lekarskich

- czas trwania badania podmiotowego wynosił: minimalny - 2'; maksymalny – 11'30"; średni – 5';
- czas trwania badania przedmiotowego (w przypadku teleporady nie dotyczy) wynosił: minimalny – 2'; maksymalny – 10'; średni – 3'30";
- łączny czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego (w przypadku teleporady nie dotyczy) wynosił: minimalny – 2'; maksymalny – 15'; średni – 8'30";
- czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady (lub teleporady) wynosił: minimalny – 1'30"; maksymalny – 10'; średni – 3'.

W AOS:

- łączny czas trwania udzielonej porady wynosił: minimalny – 3'; maksymalny – 26' średni – 18';
- czas trwania badania podmiotowego wynosił: minimalny - 2'30"; maksymalny – 12'; średni – 8';
- czas trwania badania przedmiotowego (w przypadku teleporady nie dotyczy) wynosił: minimalny – 2'; maksymalny – 14'30"; średni – 7";
- łączny czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego (w przypadku teleporady nie dotyczy) wynosił: minimalny – 5'; maksymalny – 23'30"; średni – 15';
- czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady (lub teleporady) wynosił: minimalny – 1'30"; maksymalny – 5'; średni – 3'.

Łączny czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego⁴⁰ w łącznym czasie trwania porady stanowił w POZ – 76,3% i w AOS – 83,3%.

Udział czasu wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych w łącznym czasie trwania porady stanowił w POZ – 23,7% i w AOS – 16,7%.

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

Średni czas udzielania porady przez lekarzy POZ oraz przez lekarzy AOS w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem)⁴¹ w II półroczu 2019 r. wynosił odpowiednio 13'35" i 24'46".

Średni czas udzielania porady przez lekarzy POZ oraz przez lekarzy AOS w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem)⁴² w I półroczu 2020 r. wynosił odpowiednio 15' i 49'.

Lekarze AOS w II półroczu 2019 r. oraz w I półroczu 2020 r. udzielili odpowiednio 8.983 i 4.554 porad w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) przy łącznych liczbach godzin udzielania porad w przychodni (w bezpośrednim kontakcie z pacjentem), wynikających z harmonogramów pracy, wynoszących w II półroczu 2019 r. oraz w I półroczu 2020 r. odpowiednio 3.662 h i 3.699 h.

(akta kontroli str. 66-67; 70-73)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

⁴⁰ Z wyłączeniem teleporad

⁴¹ Z wyłączeniem teleporad – lekarze nie udzielali teleporad

⁴² Łącznie z teleporadami

W Regulaminie organizacyjnym Zakładu nie zostały określone zasady organizacji udzielania teleporad, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 5-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *działalności leczniczej*⁴³, zgodnie z którym w regulaminie organizacyjnym określa się m.in. miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, a 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 oraz określa się przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił iż w Regulaminie organizacyjnym zapisu dotyczącego warunków realizacji usług medycznych w formie teleporady nie dokonano przez przeoczenie.

(akta kontroli str. 4-17; 60-62)

OCENA CZĄSTKOWA

W Regulaminie organizacyjnym Zakładu nie zostały określone zasady organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w formie teleporad.

Zakład nie dysponował wydzielonym stanowiskiem pracy, na którym wypełniano i przekazywano sprawozdania z działalności medycznej do właściwych podmiotów. Nie zatrudniał personelu pomocniczego (niemedycznego) do wykonywania czynności administracyjnych, związanych z udzielaniem ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Zadania w powyższych zakresach realizowane były przez personel medyczny (pielęgniarki i położną).

Na badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta lekarze POZ przeznaczali średnio ponad 73%, natomiast lekarze AOS ponad 83% czasu trwania porady. Pozostały czas był wykorzystywany na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

W Zakładzie nie były udzielane porady pielęgniarki i położnej w poradniach specjalistycznych w zakresie diabetologii, kardiologii, położnictwa i ginekologii.

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.

W okresie objętym kontrolą, w Zakładzie były wykorzystywane następujące systemy informatyczne:

- mMedica, wspierający działalność medyczną (część „biała”),
- Comarch ERP Optima, wspierający działalność administracyjną (część „szara”).

Systemy informatyczne nie stanowiły jednego, zintegrowanego systemu i bezpośrednio nie współpracowały ze sobą.

Wykorzystywany w Zakładzie system informatyczny mMedica zawierał następujące moduły, o funkcjonalności:

- Elektroniczna dokumentacja medyczna „+” – prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej;
- eZLA „+” – wystawianie druków eZLA do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

⁴³ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

- Baza Leków Pharmindex – baza leków wykorzystywana w gabinetach lekarskich do wystawiania recept;
- manager eksportów – moduł wspomagający cykliczne wykonywanie czynności według ustalanego harmonogramu działań;
- raporty pomocnicze – moduł pozwalający na bieżące monitorowanie prac Zakładu poprzez generowanie zestawień i wykazów;
- Sprawozdania MZ/GUS – moduł wspomagający w przygotowaniu danych do sprawozdań sporządzanych przez Zakład dla Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego;
- Moduł Personalizacyjny – moduł pozwalający na dostosowanie aplikacji mMedica do indywidualnych potrzeb użytkownika.

Zakład dostosował pakiet licencji do swoich potrzeb, z wyłączeniem modułów eRejestracji i eSprawozdania.

System informatyczny Comarch ERP Optima posiadał następujące moduły: Płace i Kadry; Księga handlowa; Środki trwałe; Kasa/Bank.

(akta kontroli str. 74-87; 88-91; 92-120; 121-124)

W pomieszczeniach Zakładu znajdowało się 27 stanowisk do obsługi systemów informatycznych, w tym w Przychodni w Jedliczu – 22, w Ośrodku Zdrowia w Jaszczwi – 4 stanowiska i Gabinetie Lekarza POZ w Potoku – 1 stanowisko.

Ogłędziny przeprowadzone w 9 gabinetach lekarskich oraz pomieszczeniu rejestracji wykazały, iż w trakcie udzielania świadczeń medycznych, w systemie m-Medica wykorzystywane były moduły i ich funkcjonalności:

- moduł: Elektroniczna dokumentacja medyczna "+" – funkcjonalność: Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej
- moduł: eZLA "+" – funkcjonalność: Wystawianie druków eZLA do ZUS
- moduł: Baza Leków Pharmindex – funkcjonalność: Baza leków wykorzystywana w gabinecie lekarskim do wystawiania recept.

(akta kontroli str. 249-251)

2.

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 września 2020 r. Zakład:

- nie poniósł kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego, drukarek oraz licencji na nowe oprogramowania niezbędne do uruchomienia systemu informatycznego;
- nie poniósł kosztów na rozbudowę funkcjonujących w Zakładzie systemów informatycznych;
- poniósł koszty związane z opieką serwisową i informatyczną oprogramowania i sprzętu komputerowego w kwocie 60.024 zł oraz z zakupami: licencji ASSECO POLAND programu rozliczeniowego mMedica, w kwocie 18.740,22 zł oraz licencji COMARCH OPTIMA programu księgowego OPTIMA, w kwocie 2.703,04 zł.

W okresie objętym kontrolą, kompleksowa opieka serwisowa i informatyczna oprogramowania i sprzętu komputerowego w Zakładzie była realizowana przez Firmę zewnętrzną, na podstawie zawartych umów. Umowne, miesięczne wynagrodzenie (brutto) wynosiło od 1 stycznia do 31 lipca 2019 r. – 2.706 zł oraz od 1 sierpnia 2019 r. do 30 września 2020 r. – 2.952 zł. Wynagrodzenie było płatne przez Zakład w terminie 30 dni po przedłożeniu przez Firmę faktury.

(akta kontroli str. 118-120; 125-127)

3.

W okresie objętym kontrolą, Zakład nie prowadził postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup lub rozbudowę systemów informatycznych.

Koszty Zakładu na eksploatację wykorzystywanych systemów informatycznych (opieka serwisowa i informatyczna) zostały poniesione zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi.

(akta kontroli str. 125; 127)

4.

Wykorzystywany w Zakładzie system informatyczny mMedica (dalej: „system”), zapewniał:

- integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione;
- 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 były w Polityce ochrony danych Zakładu;
- identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu;
- podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i ePUE. Lekarze wykorzystują podpis ePUE-ZUS;
- informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji;
- 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 specjalizację, w następujących dokumentach, np.:
 - 1) historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych,
 - 2) historia wizyt,
 - 3) skierowanie do laboratorium.
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 CDA;
- możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

System zapewniał wysyłanie oraz odbiór eSkierowania.

System nie miał możliwości zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM lub innych;

System do dnia oględzin nie zapewniał w skierowaniu do poradni diagnostycznej informacji o NPWZ lekarza wystawiającego dokument.

System nie prezentuje historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej, ponieważ Zakład prowadzi nadal dokumentację w formie papierowej, która jest tożsama z danymi prowadzonymi elektronicznie. Podmiot nie ma dostępu do logowania zmian w bazie danych. Natomiast każda dokonana zmiana (edycja) w wytworzonej dokumentacji medycznej wymaga ponownej autoryzacji wizyty.

(akta kontroli str. 74-87)

5.

W Zakładzie nie zostały w pełni zapewnione warunki do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Dokumentacja medyczna częściowo była prowadzona przez lekarzy (POZ, AOS, opieka psychiatryczna) w postaci elektronicznej, tj. historia zdrowia i choroby, skierowanie do laboratorium, skierowanie do pracowni diagnostycznej, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Dokumentacja ta prowadzona była również w postaci papierowej. W zakresie e-usług: e-Skierowanie – dokumentacja drukowana jest dla pacjenta, e-Recepta na życzenie. W zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, ze względu na brak dostępności modułów umożliwiających prowadzenie w postaci elektronicznej w posiadanym przez Zakład oprogramowaniu.

(akta kontroli str. 74-87)

Wszyscy pracownicy Zakładu posiadali wydane przez Dyrektora Zakładu, jako Administratora Danych Osobowych, upoważnienia do przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 29 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)⁴⁴. Każdy pracownik Zakładu, któremu zostało wydane upoważnienie składał pisemne oświadczenie o zobowiązaniu się do szczególnej ochrony wszelkich danych osobowych uzyskanych w związku z zatrudnieniem w Zakładzie oraz o pouczeniu, że naruszenie zobowiązań skutkuje odpowiedzialnością cywilną i karną.

(akta kontroli str. 128-130)

W okresie objętym kontrolą, Zakład posiadał umowę z podmiotem zewnętrznym, firmą GIDsoft s.c. Informatyka dla Firm z siedzibą w Krośnie, na opiekę serwisową oprogramowania mMedica i Comarch ERP Optima, w której określono zasady udzielania zdalnego dostępu do zasobów. Określono także listę osób uprawnionych do opieki serwisowej i utrzymania bezpieczeństwa przetwarzania informacji. Zakład zawarł w 2018 r. również z ww. Firmą umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.

(akta kontroli str. 118-120; 131-135)

System był zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenie funkcjonowało na poziomie indywidualnego identyfikatora użytkownika oraz hasła o minimalnej długości ośmiu znaków, zawierających kombinację dużych i małych liter oraz cyfr i znaków specjalnych. Zmiana hasła następowała nie rzadziej niż raz na 30 dni.

Uprawnienia dostępu do systemu były nadawane wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska.

Na potrzeby dostępu zdalnych jednostek w innych lokalizacjach (OZ w Potoku i szkoła w Jedliczu) oraz opieki serwisowej zdalnej zastosowano zabezpieczenia OpenVPN i dedykowanego serwera terminalowego. Zakład jest na etapie wdrażania kontrolera domen.

(akta kontroli str. 74-87)

⁴⁴ nr 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

6.

Wykorzystywany w Zakładzie system jest stacjonarny. Nie ma możliwości pracy na urządzeniach przenośnych. System umożliwiał pracę w ramach świadczenia usług medycznych przez wszystkie podmioty tworzące Zakład, zlokalizowane w różnych miejscach. Zapewniony był przepływ informacji medycznych, w tym danych pacjentów, pomiędzy tymi podmiotami. System nie był bezpośrednio zasilany wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej. Zakład posiadał dostęp do wyników badań wykonywanych przez firmy zewnętrzne poprzez ich portale bądź dedykowaną aplikację. Tak pozyskane wyniki mogły być ręcznie wprowadzane do systemu przez jego użytkownika.

Dostęp do najważniejszych, najczęściej używanych funkcji zlokalizowany był w jednym oknie. Przykładem jest obsługa wizyty pacjenta odbywająca się w jednym oknie pod kątem wywiadu lekarskiego, badania, opisu wizyty, ewidencji rozpoznania ICD-10 oraz wglądu do poprzedniej wizyty.

Wystawienie e-Recept, e-Skierowań, e-Zwolnień, ewidencja procedur ICD-9, inne druki odbywało się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu.

System umożliwiał integrację z innymi rozwiązaniami opartymi o standard HL7.

System pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania przez Zakład kontraktu z OW NFZ w Rzeszowie. System pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego z danych w nim gromadzonych, w ramach POZ. System nie pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego z danych gromadzonych w ramach AOS. Generowanie raportów odbywało się przez wyznaczonych pracowników Zakładu.

System zapewniał 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.

System był na bieżąco aktualizowany. Aktualizacja nie odbywała się automatycznie i wymagała pomocy z strony zespołu IT.

Zintegrowany z systemem elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, system pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta.

W Zakładzie na dzień 22.12.2020 r. w systemie informatycznym było zarejestrowanych 176 osób, które nie posiadały ubezpieczenia (nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego). Ilość udzielonych świadczeń wynosiła w 2019 r. 59 177 zaś do 30.09.2020 r. 37 040. Udział osób nie posiadających ubezpieczenia w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń wynosiła odpowiednio 0,003% i 0,005%. Oświadczenia, o których mowa w art. 50 ust.6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁵ były składane w formie pisemnej i przechowywane w imiennych kopertach wraz z dokumentacją a medyczną, dla której okres przechowywania wynosi 20 lat.

System posiadał dostęp do aktualizowanej bazy leków, dotyczących charakterystyki produktu leczniczego, jego dawkowania, kwoty refundacji oraz dostępności w aptekach zewnętrznych. Baza leków (Pharmindex) aktualizowała się automatycznie, gdy była dostępna.

System miał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10. Użytkownik systemu ma dostęp z poziomu modułu „Gabinet”, przy ewidencji wizyty.

⁴⁵ Dz. U. z 2020, poz. 1398

System posiadał 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 przepisów prawa. System zapewniał możliwość tworzenia nowych dokumentów/wydruków na poziomie administracyjnym.

Zakład nie posiadał systemu elektronicznej rejestracji usług na wizyty w przychodni, opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy POZ i lekarzy specjalistów.

System nie miał 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.

System nie był zintegrowany z innym systemem do obsługi pracowni diagnostyki obrazowej.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły awarie wykorzystywanych przez Zakład systemów informatycznych mMedica i Optima.

(akta kontroli str. 74-87; 252-254)

Odnosnie wykorzystywanego w Zakładzie systemu informatycznego mMedica, Dyrektor Zakładu wyjaśnił, iż stan faktyczny związany z jego funkcjonowaniem nie wpływał niekorzystnie na pracę poszczególnych pracowników, jak również całego zespołu. System funkcjonujący od 2008 r. ma możliwość rozszerzenia funkcjonalności i jest dostosowywany do bieżących potrzeb, zakresów działalności i zasobów Zakładu. Rozszerzany pakiet licencji pozwala na realizację wszystkich wymagań stawianych dla wprowadzonych kolejno etapów wdrażania obowiązku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. Wnioski pracowników Zakładu związane z funkcjonowaniem systemu dotyczyły spraw technicznych czy jego obsługi. Mieli oni zapewniony kontakt z pracownikami firmy obsługującej system. W Zakładzie będzie prowadzona ocena potrzeby rozszerzenia funkcjonalności wykorzystywanego systemu w związku z wymaganiami określonymi przepisami prawa, zakresem prowadzonej działalności a także elastyczności w organizacji pracy. W planach jest rozszerzenie zasilania systemu bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.

(akta kontroli str. 136-139)

Na podstawie opinii 20 osób⁴⁶, dotyczących wykorzystywanego w Zakładzie systemu informatycznego, stwierdzono, że system jest narzędziem wspierającym ich pracę oraz jest intuicyjny w obsłudze. Tylko jedna osoba stwierdziła, iż nie została przeszkolona, tylko samodzielnie zapoznała się z obsługą systemu. Samodzielną i nie wymagającą wsparcia obsługę systemu zadeklarowało 8 ankietowanych osób, zaś 12 było odmiennego zdania i korzystało z pomocy, głównie zespołu informatyków obsługujących Zakład. Jedna osoba stwierdziła, iż korzystała z infolinii systemu mMedica. Zakres wsparcia w obsłudze systemu według osób ankietowanych był „uzależniony od sytuacji”. Kilka osób zadeklarowało, iż potrzebuje wsparcia w wystawianiu e-Recept, e-Skierowań.

(akta kontroli str. 140; 141-160)

⁴⁶ 5 lekarzy udzielających świadczeń w ramach POZ; 5 lekarzy specjalistów; 8 pielęgniarek i 2 położnych

7.

Do Systemu P1 Zakład został podłączony w dniu 14 października 2019 r.

Preferowaną formą wypisywania recept w Zakładzie jest forma elektroniczna. Procentowy udział recept wystawionych ręcznie w ogólnej liczbie recept w 2019 r. wyniósł 45%, zaś w 2020 r. (do 30 września) to 20%.

Przyczynami wystawiania recept w formie papierowej w Zakładzie były:

- realizacja świadczenia w formie wizyty domowej, w trakcie której wystawienie recepty w tej formie przebiega sprawniej i szybciej niż uruchomienie sprzętu i połączenie się z odpowiednim systemem;
- względy techniczne np. awaryjność sprzętu, przerwy w połączeniach z systemem;
- indywidualne możliwości w opanowaniu procesu i sprawnym poruszaniu się w systemie przeznaczonym do generowania e-recept i wybór, według wystawiającego receptę szybszej formy dokonania tej procedury.

W Zakładzie do dnia 30 września 2020 r. wystawiono łącznie 350 e-skierowań, w tym:

- w ramach świadczeń POZ – 341 skierowań;
- w ramach świadczeń AOS – 9 skierowań (alergologia 2, laryngologia – 4, reumatologia – 3).

(akta kontroli str. 74-87; 161-165)

8.

W Zakładzie, za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁷, na zasadach określonych w tej ustawie, nie zostały upoważnione osoby do wystawiania w imieniu lekarzy e-zwolnień i e-recept. W Zakładzie, wśród zatrudnionych osób nie było pracowników, którym nadano uprawnienia „Asystenta” lub „Reprezentanta”.

Dyrektor Zakładu w powyższej sprawie wyjaśnił, iż w Zakładzie nie wprowadzono tzw. asystentów medycznych, ponieważ w wyniku konsultacji z lekarzami, uznano, iż obecne rozwiązania organizacyjne zaspokajają realizację przebiegu procesu wypisywania e-Zwolnień i e-Recept.

(akta kontroli str. 161-162)

W zakresie dotyczącym wystawiania e-zwolnień i e-recept zostało przeszkolonych 4 lekarzy, dla których Zakład jest głównym miejscem pracy. Szkolenia odbyły się w czerwcu 2018 r. i wrześniu 2019 r. i zostały przeprowadzone przez firmę GIDsoft s.c. Informatyka dla Firm z siedzibą w Krośnie.

W okresie objętym kontrolą w Zakładzie nie było osób upoważnionych do wystawiania w imieniu lekarzy e-Skierowań.

(akta kontroli str. 41-42)

9.

Badanie wykazało, iż czas (minimalny i maksymalny), potrzebny na wypełnienie przez pięciu lekarzy zatrudnionych w Zakładzie (POZ i AOS), wyznaczonych przez Dyrektora Zakładu, następujących formularzy, odpowiednio wynosił:

- 1) zlecenie na wyroby medyczne (e-Zlecenie) – od 0’15” do 0’20”;
- 2) recepty (e-Recepta) – wpisanie nowego leku - od 0’5” do 0’10”;
- 3) recepta (e-Recepta) – powtórzenie leku – od 0’8” do 0’28”;
- 4) Karta DILO (w wersji papierowej) – od 4’50” do 12’30”;
- 5) zwolnienie lekarskie (e-Zwolnienie) – od 0’20” do 0’44”;

⁴⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 702

- 6) skierowanie do poradni specjalistycznej – od 0'10" do 0'20";
- 7) skierowanie na badania laboratoryjne – od 0'15" do 0'38";
- 8) skierowanie na badanie diagnostyczne obrazowe – od 0'8" do 0'31";
- 9) skierowanie do sanatorium – od 2'10" do 5';
- 10) skierowanie do szpitala – od 0'20" do 0'43";
- 11) informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego – od 1' do 1'5";
- 12) zaświadczenie lekarskie – od 0'17" do 0'25";
- 13) transport sanitarny – od 0'25" do 2'10".

(akta kontroli str. 166-177)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wykorzystywany system informatyczny mMedica spełniał podstawowe wymagania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. System nie umożliwiał prezentacji historii zmian dokumentów wraz z informacją o autorze tych zmian. Nie został również zapewniony w systemie dostęp do pełnego logowania zmian oraz możliwość zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM lub innych.

System Wspierając i usprawniając pracę personelu przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, nie zapewniał integracji z modułami diagnostycznymi, e-Rejestracji oraz automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżającej się wizycie. System nie stwarzał możliwości załączania plików do historii zdrowia i choroby.

Systemy wykorzystywane w Zakładzie nie były w pełni zintegrowane, gdyż jego część „biała” i część „szara” nie współpracowały między sobą.

Zakład nie skorzystał z możliwości nadania uprawnień tzw. asystentom medycznym, a tym samym odciążenia lekarzy od wykonywania czynności wystawiania w ich imieniu e-Zwolnień i e-Recept. Zatrudnieni w Zakładzie lekarze uznali, iż nie oczekują w tym zakresie wsparcia.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi
Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o określenie w Regulaminie organizacyjnym Zakładu zasad udzielania świadczeń medycznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w formie teleporad.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w 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 21 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, 13 stycznia 2021 r.

Kontroler
Paweł Adamski
Doradca prawny

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

p.o. WICEDYREKTORA

Delegatury Najwyższej Izby Kontroli

w Rzeszowie

z up. /-/

Robert Łukasz