



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.023.03.2020

Pan
Andrzej Martynow
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Świętej Katarzynie
Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie
ul. Żeromskiego 1
55-010 Święta Katarzyna

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie, 55-010 Święta Katarzyna, ul. Żeromskiego 1, (dalej: ZOZ albo Zespół)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Martynow, Dyrektor od 1 stycznia 2006 r. (dalej: Dyrektor)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych 2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2020 do dnia zakończenia kontroli ¹ , 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	1. Jakub Mucha, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/156/2020 z 20 października 2020 r. 2. Marta Laszczak, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/160/2020 z 26 października 2020 r.

(akta kontroli t. I str.1-4)

¹ Tj. w dniu 16 grudnia 2020 r.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja pracy personelu medycznego, zakres realizowanych zadań administracyjnych oraz podział kompetencji w Zespole tworzył warunki dla prawidłowego udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzony w Zespole podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów. W Zespole zapewniono dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, pomimo odmiennej od postanowień umowy z NFZ jej faktycznej realizacji. Ponadto personel medyczny wspierający pracę lekarzy posiadał wymagane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W przypadku porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lekarze przeznaczali przeciętnie ok. 71,7% czasu trwania porady na badanie podmiotowe i przedmiotowe, a ok. 28,3% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Stosowane w Zespole narzędzia informatyczne stanowiły co do zasady sprawne narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w wykonywaniu obowiązków administracyjnych. Wykorzystywany system informatyczny⁴, poza brakiem możliwości zapisu i dystrybuowania diagnostyki obrazowej w odpowiednim standardzie, spełniał wymogi do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Niemniej dokumentacja medyczna w Zespole prowadzona była częściowo nadal w formie papierowej.

Pozytywnie należy ocenić, że Zespół w dniu 21 sierpnia 2019 r., tj. ponad cztery miesiące przed upływem wymaganego terminu (8 stycznia 2020 r.), podłączony został do tzw. Systemu P1 w zakresie elektronicznych recept (e-recept). W tej samej dacie uzyskano dostęp do przywołanego systemu w zakresie e-skierowań, tym samym realizacja tego obowiązku nastąpiła z ponad rocznym wyprzedzeniem.

Ujawnione nieprawidłowości polegały m.in. na: [1] nieokreśleniu szczegółowych zasad organizacji procesu udzielania świadczeń w formie teleporady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, [2] nieumieszczeniu informacji wskazującej komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski, a także [3] udzieleniu zamówienia w przedmiocie wsparcia informatycznego z naruszeniem obowiązujących uregulowań prawnych. W ocenie NIK przywołane nieprawidłowości nie wpłynęły jednak w zasadniczy sposób na działalność Zespołu w kontrolowanym zakresie.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ KS-PPS.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Regulamin organizacyjny Zespołu⁶ zawierał zapisy określające rodzaj działalności leczniczej oraz szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego. Jednakże Regulamin w części nie spełniał wymogów wynikających z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁷, gdyż nie określono w jego postanowieniach organizacji, zakresu i przebiegu udzielania świadczeń, w formie teleporady. Ponadto w dokumencie tym nie zawarto postanowień dotyczących wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogły być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Ponadto Regulamin nie odzwierciedlał faktycznego stanu organizacyjnego Zespołu i zawierał nieaktualne informacje dotyczące funkcjonowania ZOZ. Nie został również wywieszony na tablicy ogłoszeń ZOZ, mimo iż zawierał zapisy obligujące do jego upublicznienia w ten sposób. Powyższe zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli t. I str. 6-25, 112-114)

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, udzielane były w następujących jednostkach organizacyjnych ZOZ:

- Ośrodka Zdrowia w Świętej Katarzynie przy ul. Żeromskiego 1,
- Ośrodka Zdrowia w Siechnicach przy ul. Kolejowej 15,
- ośmiu gabinetach pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Na podstawie zawartych umów z NFZ świadczenia zdrowotne udzielane były w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (dalej: „POZ”), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej „AOS”), leczenie stomatologiczne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

W ramach POZ zakres świadczeń obejmował: świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz pielęgniarki szkolnej. W ramach AOS udzielano świadczeń z zakresu: położnictwa i ginekologii, otolaryngologii, okulistyki, neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane były w Ośrodku w Siechnicach, w tym także za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W ZOZ udzielane były również świadczenia z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej oraz diagnostyki laboratoryjnej.

(akta kontroli t. I str. 6-25, 82-85)

W okresie objętym kontrolą w Zespole zaprzestano udzielania świadczeń zdrowotnych:

- z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, otolaryngologii: Ośrodek Święta Katarzyna od dnia 20 marca 2020 r. do dnia 31 marca 2020 r. –

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

⁶ Zarządzenie Nr 4/2012 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie z dnia 17 grudnia 2012 r. w sprawie ustalenia Regulaminu organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie (dalej: Regulamin organizacyjny lub Regulamin).

⁷ Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.

ze względu na bezpieczeństwo epidemiologiczne – zminimalizowanie ryzyka transmisji infekcji COVID-19;

- ogólnostomatologicznych – Poradnia Stomatologiczna – Ośrodek Święta Katarzyna, od 16 marca 2020 r. do 27 marca 2020 r. – zminimalizowanie ryzyka transmisji infekcji COVID-19;
- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej, w Oddziale Dziennym – Ośrodek Święta Katarzyna, od 16 marca 2020 r. do 27 marca 2020 r. – zminimalizowanie ryzyka transmisji infekcji COVID-19;
- gruźlicy i chorób płuc – Ośrodek Siechnice, ul. Kolejowa 15 – zamknięcie komórki – Poradnia Chorób Płuc od dnia 30 kwietnia 2020 r. ze względu na brak lekarza;
- ogólnostomatologiczne – Ośrodek Siechnice, ul. Szkolna 4 – zamknięcie komórki od dnia 30 kwietnia 2020 r. – ze względu na brak lekarza.

Zaprzestanie (całkowite) udzielania przywołanych świadczeń zdrowotnych nastąpiło po uprzednim zgłoszeniu tego faktu przez Dyrektora (w marcu i kwietniu 2020 r.) do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) i otrzymaniu zgody. Natomiast o czasowym wstrzymaniu udzielania świadczeń, spowodowanym epidemią COVID-19, Dyrektor poinformował NFZ, składając w marcu 2020 r. *wnioski w sprawie zgłoszenia przerwy nagłej w udzielaniu świadczeń*.

(akta kontroli t. I str. 86, t. II 427-444)

W Regulaminie organizacyjnym określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (z wyjątkiem teleporad, tj. za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), a także przekazywania pacjentom informacji o tym procesie.

W Zespole nie określono średniego czasu na przyjęcie pacjentów zarówno w POZ i AOS. Pracownicy rejestracji, ustalając godziny przyjęć pacjentów, korzystali z terminarza wizyt uwzględniającego podział pacjentów na planowych, pilnych oraz nagłych. Terminarz wizyt umożliwiał przyjmowanie pacjentów zgodnie z wcześniej ustaloną datą wizyty oraz uwzględniał przyjęcie chorych z nagłymi problemami zdrowotnymi, a także wymagającymi dłuższej porady medycznej. Średni czas na przyjęcie pacjenta, wynosił 10-12 min w przypadku rejestracji do lekarza POZ⁸ oraz 15 min w przypadku lekarza pediatry oraz 20 min w przypadku lekarza AOS⁹. Dyrektor wyjaśnił, że grafiki pracy lekarzy były podzielone na wizyty planowe oraz pilne. Na planowe wizyty pacjent mógł zarejestrować się z wyprzedzeniem (jeżeli stan zdrowia pacjenta był stabilny) natomiast w sytuacji nagłej choroby, pacjent był rejestrowany na bieżąco z uwzględnieniem dostępności lekarzy. Dyrektor dodał również, że w zależności od pory roku podział czasu pracy na wizyty planowe oraz pilne był zróżnicowany. W okresie zwiększonej zachorowalności na grypę (jesień, zima) zwiększał się udział wizyt pilnych. W sytuacjach nagłych (zagrożenie zdrowia lub życia) pomoc pacjentowi udzielana była natychmiast, poza kolejnością.

(akta kontroli t. I str. 6-25, 111, 292-295, 315-317, 340-342, 360-362, 390-392, 411-413, 460)

Analizą objęto harmonogramy pracy wybranych losowo sześciu lekarzy¹⁰ (pięciu zatrudnionych na podstawie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych oraz jednego na podstawie umowy o pracę) w powiązaniu z czasem pracy wykazanym na listach obecności oraz danymi z systemu informatycznego ZOZ¹¹, za miesiące

⁸ Na podstawie losowo wybranych trzech lekarzy.

⁹ Na podstawie losowo wybranych trzech lekarzy.

¹⁰ Trzech POZ i trzech AOS.

¹¹ KS-PPS - Moduł terminarz.

kwiecień 2020 r., czerwiec 2020 r. oraz sierpień 2020 r. Stwierdzono, że w przypadku dwóch lekarzy AOS (ginekologa i neurologa) czas pracy na liście obecności¹², w systemie informatycznym oraz w rozliczeniu godzin, dołączonym do rachunku stanowiącym podstawę do wypłaty wynagrodzenia¹³ odmienny był w miesiącach: kwiecień, czerwiec i sierpień od czasu pracy określonego w zawartej z NFZ umowie¹⁴ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (Załącznik nr 1 Harmonogram-Zasoby). Lekarz neurolog, zgodnie z harmonogram pracy, powinien przyjmować pacjentów trzy razy w tygodniu - w środy, czwartki i piątki natomiast faktycznie przyjmował dwa dni w tygodniu - w czwartki i piątki. Z kolei lekarz ginekolog powinien przyjmować pacjentów pięć dni w tygodniu - od poniedziałku do piątku, a przyjmował od wtorku do piątku.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że w przypadku lekarza neurologa pacjenci byli przyjmowani dwa razy w tygodniu z uwagi na niski kontrakt z NFZ, natomiast w przypadku lekarza ginekologa, z uwagi na sytuację epidemiologiczną lekarz nie udzielał świadczeń w poniedziałki. Dyrektor dodał również, że limit kontraktu w poradni ginekologicznej został zrealizowany zgodnie z umową z NFZ. Dodatkowo wyjaśnił, że kwestia organizacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktów z NFZ stanowi poważny problem i od wielu lat podnoszona była przez ogół świadczeniodawców. Powyższe skutkowało tym, że w przypadku ZOZ powstała wątpliwość natury prawnej: czy stosować harmonogramy na podstawie kontraktu z NFZ i narażać placówkę na straty (lekarzowi należy się honorarium mimo, że nie świadczy, bo nie może świadczyć, pracy) czy faktycznie obsadzać poradnię na efektywny czas pracy lekarza.

Z danych zawartych w systemie informatycznym ZOZ KS-PPS – *Moduł Rozliczenia*, dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii oraz położnictwa i ginekologii wynikało, że w poradni neurologicznej, według stanu na 5 grudnia 2020 r., przy rocznej wartości kontraktu wynoszącej 41 897,52 zł (3 491,46 zł limit miesięczny) wykonanie wyniosło 58 908,36 zł, zaś w poradni ginekologicznej przy rocznej wartości kontraktu 268 140,0 zł (22 345,0 zł limit miesięczny) zrealizowano świadczeń na kwotę 313 670,0 zł.

Pomimo odmiennej od postanowień umowy z NFZ dostępności dwóch lekarzy, w Zespole zapewniono dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli t. I str. 285-338, 463,467-488)

ZOZ zapewniał rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia: osobistego lub telefonicznego, z wykorzystaniem rejestracji online. Liczba rejestratorek i linii telefonicznych umożliwiała pacjentom kontakt z ZOZ w godzinach pracy, zgodnie ze standardem OJ11¹⁵. Według stanu na 30 czerwca 2019 r. liczba zadeklarowanych pacjentów ZOZ wynosiła 16 472, na dzień 31 grudnia 2019 r. – 16 390 pacjentów a na dzień 30 czerwca 2020 r. – 17 120. W 2019 r. do obsługi pacjentów przeznaczono ogółem 12 linii telefonicznych w 2019 r. oraz 19 w 2020 r.

Dyrektor nie wprowadził formalnych, wewnętrznych uregulowań dotyczących szczegółowego trybu udzielania i zasad realizowania konsultacji lekarskich dla pacjentów w formie teleporady (w tym przeciwdziałania COVID-19). Zasady i organizacja pracy były przekazywane pracownikom na bieżąco w formie wewnętrznych korespondencji i komunikatów wysyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej.

¹² Dotyczy lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę.

¹³ Dotyczy lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

¹⁴ Nr 02/1/3101008/01/2020/01.

¹⁵ 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.

Dyrektor wyjaśnił, że nie zostały wprowadzone formalne uregulowania w ZOZ, gdyż kierował się wytycznymi Konsultantów Krajowych Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ. Ponadto wyjaśnił, że teleporady w ZOZ odbywały się w związku z wejściem w życie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 177/2019/DSOZ z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (w zakresie świadczeń udzielanych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – tj. poczty elektronicznej lub połączenia telefonicznego). Teleporady w ZOZ odbywały się w godzinach pracy poszczególnych lekarzy. Pacjent rejestrując się do lekarza informowany był o przybliżonym czasie teleporady lekarskiej, podczas której lekarz zbierał niezbędne informacje celem postawienia diagnozy, a jeżeli stwierdził, że niezbędne jest fizyczne zbadanie pacjenta, wyznaczał godzinę przyjęcia pacjenta w tym samym dniu w ośrodku zdrowia (z zachowaniem niezbędnego reżimu sanitarnego), lub w razie konieczności lekarz udawał się na wizytę domową. Rozmowy telefoniczne nie były nagrywane, a dokumentacja medyczna prowadzona była na bieżąco podczas teleporady. Po wprowadzeniu teleporad zwiększyło się zatrudnienie w dziale rejestracji o dwa etaty. Na stronie internetowej ZOZ zamieszczone zostały wszystkie informacje i instrukcje, wymagane § 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. *w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*¹⁶.

W Zespole obowiązywała polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 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 – dalej: „RODO”). Ponadto od 15 kwietnia 2020 r. w Zespole wdrożona została procedura ochrony danych osobowych podczas pracy zdalnej.

(akta kontroli t. I str. 115-284, 448, 450, 454, 460-462, 493-494, 501-503, 505)

Badanie 10 udzielonych świadczeń (pięciu w formie teleporady i pięciu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) w okresie objętym kontrolą wykazało, że sposób realizacji świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem spełniał zasady opisane w Regulaminie organizacyjnym, dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*¹⁷, 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 przetwarzania*¹⁸. Natomiast teleporady prowadzono zgodnie z rozporządzeniem *w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*.

(akta kontroli t. II str. 158-178, t. III str. 230-231)

W Zespole nie określono formalnych zasad i trybu składania skarg i wniosków. Dyrektor wyjaśnił, iż skargi i wnioski wyjaśniane były na bieżąco. Niemniej w ZOZ żadna komórka (pracownik) nie miała przypisanych zadań z zakresu rozpatrywania skarg i wniosków. Nie została również w siedzibie ZOZ, umieszczona informacja wskazująca komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski. Powyższe zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

¹⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 1395

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 666.

¹⁸ Dz. U. poz. 2069.

W kontrolowanym okresie wpłynęła jedna skarga (drogą mailową) dotycząca organizacji udzielania świadczeń. Skarga została rozpatrzona, a Dyrektor poinformował skarżącą o sposobie załatwienia skargi.

(akta kontroli t. I str. 435-446, t. III str. 2-3)

1.2. Zatrudnienie na podstawie umów o pracę w Zespole według stanu na 30 września 2020 r. wynosiło 56 osób i pozostało na tym samym poziomie jak według stanu na 31 grudnia 2018 r. (przy czym w przeliczeniu na etaty wzrosło z 55,1 do 55,2 etatu). W odniesieniu do poszczególnych grup zawodowych wzrost nastąpił w grupie: [1] pielęgniarek i położnych (z 14 zatrudnionych na 13,5 etatu do 15 na 14,5 etatu), [2] rejestratorek (z siedmiu zatrudnionych na 7,0 etatów do 10 na 10,0 etatów) oraz [3] pracowników obsługi (z czterech zatrudnionych na 4,0 etaty do pięciu na 5,0 etatów). Spadek odnotowano w grupie: [1] lekarzy (z ośmiu zatrudnionych na 7,6 etatu do siedmiu na 6,4 etatu), [2] lekarzy dentyków (w 2018 r. jeden lekarz na 0,4 etatu, zaś w 2020 r. nikt nie był zatrudniony w tej grupie zawodowej), [3] pracowników administracji (z pięciu zatrudnionych na 5,3 etatu do czterech na 4,3 etatu), [4] pozostałego personelu pomocniczego (z dwóch zatrudnionych na dwa etaty do jednego na jeden etat) oraz [5] personelu medycznego ze średnim wykształceniem (w 2018 r. jeden pracownik na jeden etat zaś w 2020 r. nikt nie był zatrudniony w tej grupie zawodowej).

Według stanu na 30 września 2020 r. zatrudnienie na podstawie umów zlecenia wynosiło ogółem 36 osób, w wymiarze odpowiadającym 14,8 etatu, w tym: sześciu lekarzy – 1,1 etatu, dziewięć pielęgniarek i położnych – 4,9 etatu, cztery osoby w grupie innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem – 2,4 etatu, cztery osoby w grupie personelu medycznego ze średnim wykształceniem – 1,1 etatu, dwie osoby w grupie pozostałego personelu pomocniczego – w przeliczeniu 0,4 etatu, trzech pracowników administracji – 2,1 etatu, a także pięciu pracowników obsługi – 1,4 etatu.

W porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnienie na podstawie umowy zlecenie wzrosło o cztery osoby (z 32 do 36 osób, a w przeliczeniu na etaty z 7,0 do 9,6 etatu). Wzrost ten w głównej mierze wynikał z zatrudnienia trzech rejestratorek w łącznym wymiarze odpowiadającym 1,4 etatu (według stanu na 31 grudnia 2018 r. w tej grupie nie była zatrudniona żadna osoba na podstawie umowy zlecenia).

Zatrudnienie personelu medycznego na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych – tzw. kontraktów, według stanu na 30 września 2020 r. wynosiło 34 osoby, w wymiarze odpowiadającym 10,0 etatom, w tym: 31 lekarzy – w 8,7 etatu, jeden lekarz dentyś – 0,8 etatu, jedna osoba w grupie pielęgniarek i położnych – 0,5 etatu, jedna osoba w grupie personelu medycznego ze średnim wykształceniem.

Według stanu na 30 września 2020 r. w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnienie na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych wzrosło o sześć osób (z 28 do 34 osób, zaś w przeliczeniu na etaty z 7,6 do 10,0 etatu). Wzrost ten w głównej mierze wynikał z zatrudnienia kolejnych czterech lekarzy w łącznym wymiarze odpowiadającym 1,4 etatu (w tej grupie zawodowej nastąpił wzrost z 26 do 31 lekarzy, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w przeliczeniu na etaty wzrost ten wyniósł 1,5 etatu, tj. z 7,2 na 8,7 etatu).

Dyrektor stwierdził, że w badanym okresie nie występował niedobór kadry medycznej w poszczególnych grupach zawodowych. Dodał również, iż prowadzenie teleporad w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń spowodowało zmiany zatrudnienia i zwiększeniu (o dwa) liczby stanowisk rejestratorek.

(akta kontroli t. I str. 87-91, 447, 462)

1.3 Koszty wynagrodzeń osobowych w ramach stosunku pracy ogółem w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. wynosiły 5 294 530,2 zł, w tym: 1 658 618,3 zł w I półroczu 2019 r., 1 785 892,4 zł w II półroczu 2019 r. oraz 1 850 019,4 zł w I półroczu 2020 r.

W I półroczu 2020 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. najwyższy wzrost średniego wynagrodzenia w ramach stosunku pracy wystąpił w grupie: rejestratorek o 25,1% (z 3 179,0 zł do 3 975,6 zł), pozostałego personelu pomocniczego o 18,0% (z 2 989,83 zł do 3 534,5 zł), innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem o 14,7% (z 3 264,2 zł do 3 742,5 zł), sekretarek medycznych 13,9% (z 3 975,3 zł do 4 527,9 zł), lekarzy 8,3% (z 9 596,5 zł do 10 392,6 zł), administracji o 6,6% (z 5 274,5 zł do 5 620,9 zł) oraz pielęgniarek i położnych 6,5% (z 5 720,5 zł do 6 093,9 zł). Natomiast w grupie pracowników obsługi nastąpił spadek wynagrodzenia o 7,2% (z 3 268,4 zł, do 3 034,5 zł). Dyrektor wyjaśnił, że wzrost wynagrodzeń spowodowany był większą liczbą przepracowanych godzin, wzrostem stawek godzinowych, a także wypłatą nagród jubileuszowych.

Koszty wynagrodzeń bezosobowych z tytułu umów zlecenia ogółem, w okresie w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. wynosiły 1 587 149,9 zł, w tym: 520 197,2 zł w I półroczu 2019 r. 560 243,1 zł w II półroczu 2019 r. oraz 506 709,7 zł w I półroczu 2020 r.

Koszty usług obcych, wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. kontraktów w przywołanym okresie wynosiły ogółem 2 705 741,5 w tym: 865 825,0 zł w I półroczu 2019 r., 888 201,8 zł w II półroczu 2019 r. oraz 951 714,7 zł w I półroczu 2020 r.

Udział kosztów wynagrodzeń ogółem (osobowe i bezosobowe) w kosztach działalności operacyjnej¹⁹ wynosił 52,2% w 2019 r. oraz 50,7% w I półroczu 2020 r., a w kosztach działalności ogółem²⁰ wynosił 52,2% w 2019 r. oraz 50,7% w I półroczu 2020 r.

Udział kosztów usług obcych wynikających z tzw. kontraktów w kosztach działalności operacyjnej wynosił 20,2% w 2019 r. oraz 20,5% w I półroczu 2020 r., a w kosztach działalności ogółem podmiotu wynosił 20,2% w 2019 r. oraz 20,5% w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli t. I str. 96-98, 451- 452, t. II str. 218-331)

1.4 W Zespole na stanowiskach niemedyceńskich według stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnionych²¹ było 18 osób (na 17,0 etatów), na 30 czerwca 2019 r. 19 osób (18,3 etatu), na 31 grudnia 2019 r. 19 osób (18,3 etatu), na 30 czerwca 2020 r. 20 osób (19,3 etatu), na 30 września 2020 r. 21 osób (20,3 etatu).

Sprawozdania w ZOZ sporządzane był przez pracowników administracji i personel medyczny. Spośród 20 sprawozdań – w sporządzanie 16 zaangażowani byli wyłącznie pracownicy administracji²², natomiast w przypadku czterech zarówno

¹⁹ Koszty działalności operacyjnej za 2019 r. wynosiły 8 670 822,0 zł, natomiast za 2020 r. (I półrocze) 4 650 551,0 zł.

²⁰ Koszty działalności ogółem za 2019 r. wynosiły 8 673 670,0 zł zaś w 2020 r. (I półrocze) 4 650 719,0 zł.

²¹ Na podstawie umowy o pracę.

²² [1] ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, [2] MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, [3] MZ-13 Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc, [4] MZ-14 Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej, [5] MZ-35B Sprawozdanie z działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, [6] sprawozdawczość deklaracji POZ (lekarz, pielęgniarka, położna, medycyna szkolna) - raz w miesiącu, [7] sprawozdawczość z wykonanych świadczeń we wszystkich zakresach umów - minimum raz w miesiącu, [8] sprawozdawczość kolejek oczekujących, [9] sprawozdawczość pierwszych wolnych terminów - przekazywane codziennie, [10] wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ – miesięczne, [11] Wykaz świadczeń obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów (zał. do umowy NiŚOZ – miesięczne), [12] MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, [13] MZ-89 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, [14] Sprawozdanie o finansach podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego SPZOZ – sprawozdanie roczne, [15] kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej, [16] struktura zobowiązań w poszczególnych SPZOZ - sprawozdanie kwartalne.

pracownicy administracji jak i personel medyczny²³. Wśród 10 pracowników medycznych realizujących takie zadania – ośmiu nie miało w zakresie obowiązków literalnie wymienionych takich czynności. Jednakże w zakresach tych zawarte było sformułowanie, zgodnie z którym personel medyczny zobowiązany był do realizacji innych zadań powierzonych przez Dyrektora.

Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy medyczni biorący udział w opracowywaniu sprawozdań byli odpowiedzialni za dostarczanie treści merytorycznych (danych). Natomiast proces wprowadzania do odpowiednich tabel, wyliczenia wskaźników oraz zatwierdzenie i wysłanie tych dokumentów do właściwych instytucji należał do pracowników administracyjnych. Dyrektor dodał również, że sprawozdania, w których opracowanie, zaangażowani byli pracownicy medyczni, w większości stanowiły sprawozdania roczne, a personel ten nie zajmował się na co dzień takimi zagadnieniami.

W badanym okresie w ZOZ realizacją niżej wyszczególnionych zadań zajmowały się następujące grupy pracowników:

- wystawianiem wszelkiego rodzaju dokumentów medycznych (zaświadczenia, skierowania i inne), jak również wypełnianiem indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej – lekarze;
- obsługą i rejestracją pacjenta – rejestratorki medyczne;
- przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji – rejestratorki medyczne;
- wypełnianiem indywidualnej dokumentacji medycznej – lekarze, pielęgniarki i położne;
- włączaniem lub wprowadzaniem do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta różnego rodzaju dokumentów dostarczanych przez pacjenta – rejestratorki medyczne;
- czynnościami związanymi z udostępnianiem dokumentacji medycznej – rejestratorki medyczne.

Badanie zakresów czynności dla losowo wybranych pracowników medycznych (po trzech spośród poszczególnych grup zawodowych – lekarzy, pielęgniarek i położnych) wykazało, że w zakresach czynności ujęte zostały zadania związane z procesem leczenia - obejmujące zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej²⁴.

W badanym okresie wśród pracowników ZOZ nie było zatrudnionych absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

Mając na uwadze powyższe organizacja udzielania świadczeń, zakres realizowanych zadań oraz podział kompetencji w odpowiedni sposób zapewnił odciążenie personelu medycznego od czynności o charakterze administracyjnym i biurokratycznym.

(akta kontroli t. I str., 56-79, 87, 95, 453-454, 459-460, t. II str. 56-126)

1.5 W kontrolowanym okresie w Zespole zatrudnionych było ogółem 28 pracowników medycznych wspierających pracę lekarzy, tj.: 23 pielęgniarki, trzy położne, jeden pielęgniarz oraz jeden ratownik medyczny. Badana dokumentacja

²³ [1] MZ-24 Roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – sporządzane przez lekarza ginekologa oraz położną, [2] MZ-06 Sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach – sporządzane przez pielęgniarki, [3] MZ-35A Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących – sporządzane przez lekarzy medycyny pracy, [4] Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych w POZ – półroczne i roczne – sporządzane przez specjalistę laboratoryjnej diagnostyki medycznej oraz pracownika administracji.

²⁴ Dz. U. poz. 2335.

sześciu pracowników medycznych (czterech pielęgniarek oraz dwóch położnych) wykazała, iż personel ten posiadał wymagane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli t. I str. 92-94, t. II str. 1-55)

1.6 W 2020 r. w Zespole nie wykorzystano możliwości zlecenia pielęgniarkom AOS z wymaganymi kwalifikacjami, samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni ginekologiczno-położniczej. Dyrektor wskazał, że w ZOZ trwały przygotowania do wdrożenia procedur w tym zakresie, lecz z powodu pandemii procedury zostały odroczone w czasie.

(akta kontroli t. I str. 489)

W okresie 2019-2020 (I półrocze) w Zespole liczby udzielonych porad i średniej czasu trwania porady lekarskiej w POZ i AOS kształtowały się następująco:

- liczba porad udzielonych przez lekarzy POZ w I półroczu 2019 r. wynosiła – 43 461; w II półroczu 2019 r. – 41 696, w I półroczu 2020 r. – 35 426 (w tym 23 198 udzielonych w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz 9 089 teleporad). Udział teleporad w poradach udzielonych ogółem przez lekarzy POZ wynosił 25,7%;
- liczba porad udzielonych przez lekarzy AOS w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem wynosiła w I półroczu – 7 878, w II półroczu 2019 r. – 7 768, w I półroczu 2020 r. – 5 447 (w tym: 5 364 udzielonych w przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz 83 teleporad). Udział teleporad w poradach udzielonych ogółem przez lekarzy AOS wynosił 1,5%.

Analiza udzielonych przez lekarzy świadczeń AOS, finansowanych ze środków publicznych, w poszczególnych zakresach wykazała, że ich liczba ulegała zmianom pomiędzy poszczególnymi latami badanego okresu, przekraczając poziom 20,0%. Dotyczyło to świadczeń z zakresu ortopedii²⁵, pulmonologii²⁶, otolaryngologii²⁷ i okulistyki²⁸.

Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną zmian w liczbie udzielanych świadczeń było zatrudnienie lekarza ortopedy, nadwykonania z zakresu pulmonologii skutkujące koniecznością zmniejszenia przyjęć, a w pozostałym zakresie nagła sytuacja związana z wprowadzeniem stanu epidemii.

- średnia liczba porad przypadająca na jednego lekarza POZ wynosiła: w I półroczu 2019 r. – 2 414,5, w II półroczu 2019 r. – 1 737,3 a w I półroczu 2020 r. – 1 687,0, natomiast w przypadku lekarza AOS w I półroczu 2019 r. – 525,2, w II półroczu 2019 r. – 456,9, a w I półroczu 2020 r. – 389,1. Średnia liczba teleporad przypadająca na jednego lekarza POZ i AOS w I półroczu 2020 r. wynosiła odpowiednio: 432,8 i 5,9;
- średni czas udzielania porady przez lekarzy POZ wynosił: w I półroczu 2019 r. 16,7 min, w II półroczu 2019 r. 18,2 min, w I półroczu 2020 r. 24,4 min. W przypadku lekarza AOS czas porady wynosił: w I półroczu 2019 r. 23,7 min, w II półroczu 2019 r. 24,3 min, a w I półroczu 2020 r. 24,7 min.

W zakresie czasu udzielania teleporady w I półroczu 2020 r. przez lekarzy POZ i AOS Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na brak możliwości technicznych nie jest

²⁵ Która w I półroczu 2019 r. wynosiła 1 560, zaś w II półroczu 2019 r. 1 894 (wzrost o 21,0%), następnie w II półroczu 2019 r. wynosiła 1 894 zaś w I półroczu 2020 r. 1 241 (spadek o 34,5%).

²⁶ Która w I półroczu 2019 r. wynosiła 570, zaś w II półroczu 2019 r. 444 (spadek o 22,1%).

²⁷ W II półroczu 2019 r. wynosiła 685 zaś w I półroczu 2020 r. 343 (spadek o 50,0%).

²⁸ W II półroczu 2019 r. wynosiła 1 418 zaś w I półroczu 2020 r. 766 (spadek o 46,0%).

w stanie podać wyodrębnionego czasu połączeń telefonicznych przez każdego lekarza.

Analiza średniego czasu udzielania porad przez lekarzy POZ i AOS (w poszczególnych zakresach) wykazała, że czas ten ulegał zmianom pomiędzy poszczególnymi latami badanego okresu, przekraczającym 20,0%. Dotyczyło to porad AOS z następujących zakresów: okulistyki²⁹, ortopedii³⁰, pulmonologii³¹, oraz POZ³².

Dyrektor wyjaśnił, że było to spowodowane zaleceniami konsultantów krajowych o ograniczeniu się w udzielaniu świadczeń w poradniach otolaryngologii i okulistyki, mniejszą liczbą pacjentów zgłaszającą się do poradni ortopedii, nadwykonaniami we wcześniejszym okresie w zakresie pulmonologii, a w przypadku POZ – zwiększeniem liczby teleporad, a zmniejszeniem liczby porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Średnia liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy POZ i AOS przypadająca na jednego lekarza w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r., według poszczególnych rodzajów dokumentów kształtowała się następująco:

- zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne w I półroczu 2019 r. – 12 szt. (10 szt. w POZ i 14 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 26 szt. (28 szt. w POZ i 23 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 26 szt. (31 szt. w POZ i 16 szt. w AOS);
- recepty w I półroczu 2019 r. – 1 425 szt. (2 503 szt. w POZ i 114 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 1317 szt. (2 252 szt. w POZ i 89 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 2 029 szt. (3 511 szt. w POZ i 152 szt. w AOS);
- karty DiLO w I półroczu 2019 r. – 5 szt. w POZ, w II półroczu 2019 r. – 5 szt. w POZ oraz w I półroczu 2020 r. – 8 szt. w POZ;
- zwolnienia lekarskie w I półroczu 2019 r. – 259 szt. (316 szt. w POZ i 78 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 178 szt. (243 szt. w POZ i 46 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 224 szt. (263 szt. w POZ i 80 szt. w AOS);
- skierowania do poradni specjalistycznej w I półroczu 2019 r. – 260 szt. (445 szt. w POZ i 34 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 199 szt. (297 szt. w POZ i 40 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 159 szt. (224 szt. w POZ i 46 szt. w AOS);
- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe w I półroczu 2019 r. – 190 szt. (266 szt. w POZ i 83 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 149 szt. (193 szt. w POZ i 80 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 116 szt. (123 szt. w POZ i 98 szt. w AOS);
- skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej w I półroczu 2019 r. – 275 szt. (370 szt. w POZ i 34 szt. w AOS), w II półroczu 2019 r. – 198 szt. (251 szt. w POZ i 27 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 135 szt. (175 szt. w POZ i 10 szt. w AOS);
- skierowania do sanatorium w I półroczu 2019 r. – 15 szt. w POZ, w II półroczu 2019 r. – 7 szt. w POZ oraz w I półroczu 2020 r. – 4 szt. w POZ;
- zaświadczenia lekarskie/orzeczenia w I półroczu 2019 r. – 40 szt. w POZ, w II półroczu 2019 r. – 36 szt. (35 szt. w POZ i 5 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 23 szt. (25 szt. w POZ i 11 szt. w AOS);
- skierowania do szpitala w I półroczu 2019 r. – 40 szt. (51 szt. w POZ i 26 szt.

²⁹ W II półroczu 2019 r. wynosił 23,4 min natomiast w I połowie 2020 r. 30,2 min (wzrost o 29,1%).

³⁰ W II półroczu 2019 r. wynosił 13,8 min natomiast w I połowie 2020 r. 17,4 min (wzrost o 26,1%).

³¹ W I półroczu 2019 r. wynosił 35,4 min natomiast w II półroczu 2019 r. 45,4 min (wzrost o 28,4%).

³² W bezpośrednim kontakcie z pacjentem - w II półroczu 2019 r. wynosił 18,2 min, natomiast w I półroczu 2020 r. 6,8 min (spadek o 62,3%).

- w AOS), w II półroczu 2019 r. – 32 szt. (41 szt. w POZ i 20 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 25 szt. (30 szt. w POZ i 18 szt. w AOS);
- informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego w I półroczu 2019 r. – 57 szt. w AOS, w II półroczu 2019 r. – 73 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 71 szt. w AOS;
- zlecenie na transport sanitarny w I półroczu 2019 r. – 10 szt. (10 szt. w POZ), w II półroczu 2019 r. – 7 szt. (7 szt. w POZ i 3 szt. w AOS) oraz w I półroczu 2020 r. – 7 szt. w POZ.

Analiza wystawionych dokumentów, druków i formularzy w kontrolowanym okresie wykazała, że ich liczba ulegała zmianom przekraczającym 20,0% pomiędzy poszczególnymi latami. Dotyczyło to takich dokumentów jak: zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne³³, recepty³⁴, karty DiLO³⁵, zwolnienia lekarskie³⁶, skierowania do poradni specjalistycznej³⁷, skierowania na badania diagnostyczne obrazowe³⁸, skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej³⁹, skierowania do sanatorium⁴⁰, informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego⁴¹.

Dyrektor wyjaśnił, że liczba wydawanych zaświadczeń i dokumentów była wyłącznie pochodną potrzeb pacjentów i wynikała z ich stanu zdrowia oraz zaangażowaną w ich terapię wiedzę i koncepcję medyczną lekarzy prowadzących.

(akta kontroli t. I str. 99-109, 455-458, 464-465)

W latach 2019-2020 (I półrocze) w ZOZ nie stwierdzono przypadków wystawiania przez lekarzy POZ na wniosek pacjenta zaświadczeń nieuregulowanych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Nie stwierdzono również przypadków, gdy lekarz POZ nie mógł wystawić zaświadczenia, ze względu na brak dostatecznych danych do oceny stanu zdrowia.

Dyrektor wyjaśnił, że w systemie komputerowym w ZOZ dla prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej jest udostępniany formularz pod nazwą „zaświadczenia lekarskie”, który stanowi gotowy szablon, w którym lekarz wpisuje odpowiednią treść. Dyrektor dodał, że nie ma technicznej możliwości wyodrębnienia poszczególnych rodzajów zaświadczeń.

(akta kontroli t. I str. 451, 454, 460)

1.7 Obciążenie personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi zapewniło optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów. Na badanie podmiotowe i przedmiotowe⁴² lekarze przeznaczali średnio ponad 71,7% czasu trwania porady, a niecałe 28,3% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 19 lekarzy ZOZ⁴³ podczas udzielania przez nich łącznie 392 świadczeń⁴⁴, wykazała, że:

(1) dla porad pierwszorazowych⁴⁵:

³³ W II półroczu 2019 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. nastąpił wzrost o 112,5%.

³⁴ W I półroczu 2020 r. w porównaniu do II półrocza 2019 r. nastąpił wzrost o 56,5%.

³⁵ W I półroczu 2020 r. w porównaniu do II półrocza 2019 r. nastąpił wzrost o 60,0%.

³⁶ W II półroczu 2019 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. nastąpił spadek o 26,6%.

³⁷ W II półroczu 2019 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. nastąpił spadek o 29,6%.

³⁸ W II półroczu 2019 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. nastąpił spadek o 21,8%.

³⁹ W I półroczu 2020 r. w porównaniu do II półrocza 2019 r. nastąpił spadek o 33,5%, natomiast w porównaniu do I półrocza 2019 r. spadek o 54,2%.

⁴⁰ W I półroczu 2020 r. w porównaniu do II półrocza 2019 r. nastąpił spadek o 42,9% natomiast w porównaniu do I półrocza 2019 r. spadek o 73,3%.

⁴¹ W II półroczu 2019 r. w porównaniu do I półrocza 2019 r. nastąpił wzrost o 28,1%.

⁴² Dotyczy porady w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym uwzględniono porady pierwszorazowe oraz kontynuację leczenia.

⁴³ 16 lekarzy udzielających świadczeń POZ i trzech lekarzy udzielających świadczeń AOS.

⁴⁴ Z 430 udzielonych świadczeń z uwagi na niejednoznaczne dane.

- łączny średni czas trwania porady wyniósł 22,9 min (czas minimalny – 10 min, czas maksymalny – 90 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 8,0 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 45 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 8,7 min (czas minimalny – 4 min, czas maksymalny – 25 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 16,7 min (czas minimalny – 7 min, czas maksymalny – 70 min), co stanowiło 72,6% w łącznym średnim czasie trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 6,2 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 27,1% w łącznym średnim czasie trwania porady⁴⁶;

(2) dla kontynuacji leczenia⁴⁷:

- łączny średni czas trwania porady wyniósł 19,3 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 40 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 8,0 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 12 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5,6 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 13,7 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 30 min), co stanowiło 70,7% w łącznym średnim czasie trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 5,7 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 40 min), co stanowiło 29,5% w łącznym średnim czasie trwania porady⁴⁸;

(3) dla teleporad⁴⁹:

- łączny średni czas trwania teleporady wyniósł 11,2 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 25 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 6,9 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min),
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 4,3 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 19 min), co stanowiło 38,4% w łącznym średnim czasie trwania porady.

Dyrektor wyjaśnił, że czas trwania porady jest w całości wypełniony badaniem i dokumentowaniem wizyty pacjenta, a wszelkie czynności o charakterze dokumentacyjnym są bezpośrednio związane z badaniem przedmiotowym pacjenta. Dyrektor dodał, że rzetelna dokumentacja medyczna jest elementem koniecznym dla należytego zabezpieczenia właściwego toku dalszych etapów terapii, należytego orzekania o stanie zdrowia oraz ewentualnej zdolności do pracy oraz właściwych

⁴⁵ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – spośród 60 porad wynik analizy obejmuje łącznie 57 porad (w przypadku trzech porad prezentowane dane były niejednoznaczne).

⁴⁶ 26,3% 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.

⁴⁷ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz, jako kontynuacja leczenia – spośród 66 porad wynik analizy obejmuje łącznie 63 porady (w przypadku trzech porad prezentowane dane były niejednoznaczne).

⁴⁸ 49,2% 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.

⁴⁹ Spośród 304 porad wynik analizy obejmuje łącznie 272 porady (w przypadku 32 teleporad prezentowane dane były niejednoznaczne).

ordynacji lekarskich. Dyrektor wyjaśnił także, że określony sposób dokumentowania przekłada się z kolei na możliwość właściwego rozliczania realizowanych świadczeń zdrowotnych do płatnika.

Stwierdzono, że średni czas udzielania porad w okresie przed pandemią, tj. w I półroczu 2019 r. różnił się (był krótszy) o 16,2% od średniego czasu przeprowadzania porady w okresie pandemii tj. w I półroczu 2020 r.⁵⁰.

(akta kontroli t. I str. 495, t. II 445-456, t. III str. 101-123)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Regulamin organizacyjny nie zawierał wszystkich elementów, wymaganych art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*, a także nie odzwierciedlał w rzetelny sposób faktycznego stanu organizacyjnego Zespołu oraz jego funkcjonowania, gdyż:

a) nie określał organizacji, zakresu i przebiegu udzielania świadczeń, w formie teleporady, co stanowiło naruszenie wymogu wynikającego z art. 24 ust. 1 pkt 5-6 ustawy o *działalności leczniczej*⁵¹;

b) nie określał wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogły być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o *działalności leczniczej*;

c) podane w Regulaminie godziny rejestracji pacjentów (§ 14 ust. 5) oraz godziny pracy gabinetu zabiegowego (§ 26 pkt 2) nie były zgodne z faktycznymi godzinami rejestracji i funkcjonowania gabinetu;

d) nie zawierał aktualnych informacji dotyczących funkcjonowania w Ośrodku Zdrowia w Siechnicach Poradni Stomatologicznej oraz Pulmonologicznej (w § 19 ust. 3 pkt 5 i pkt 6e), tj. pomimo że od 30 kwietnia 2020 r. w tym Ośrodku zaprzestano udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych oraz w zakresie gruźlicy i chorób płuc z Regulaminu organizacyjnego wynikało, że nadal są one udzielane;

e) jako miejsce wykonywania świadczeń z zakresu: pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, otolaryngologii i okulistyki podano Ośrodek w Siechnicach, mimo że takie świadczenia, udzielane były wyłącznie w Ośrodku w Świętej Katarzynie;

f) Regulamin nie został umieszczony na tablicy ogłoszeń ZOZ, mimo iż zawierał zapisy (§ 40) obligujące do jego upublicznienia w ten sposób.

Dyrektor wyjaśnił, że zapisy Regulaminu zostaną niezwłocznie dostosowane do faktycznie prowadzonej działalności Zespołu.

(akta kontroli t. I str. 6-25, 82-85, 112-114, 454-455, 462-463, 490-491, 493-494)

2. W siedzibie ZOZ, nie została umieszczona informacja wskazująca komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski. Było to niezgodne z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w *sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków*⁵².

Dyrektor wyjaśnił, że skargi (o ile takie się zdarzają) zawsze były kierowane do Sekretariatu i ta okoliczność nigdy nie stanowiła przedmiotu żadnej wątpliwości,

⁵⁰ I półroczu.

⁵¹ Zgodnie z tym przepisem 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.

⁵² Dz.U. z 2002 r. Nr 5, poz.46. Stosownie do powołanych przepisów, przyjmowanie i koordynowanie rozpatrywania skarg i wniosków powierza się wyodrębnionej komórce organizacyjnej lub imiennie wyznaczonym pracownikom. Natomiast w siedzibie danej jednostki organizacyjnej, w widocznym miejscu, umieszcza się informację wskazującą komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski.

natomiast osobą koordynującą (referentem) odpowiedzialnym za skierowanie odpowiedzi do nadawcy oraz ewentualnej dalszej korespondencji był pracownik obsługujący sekretariat. Dyrektor wyjaśnił również, iż w zakresie braku pisemnej informacji o miejscu wnoszenia skarg zostanie ona niezwłocznie uzupełniona.

(akta kontroli t. I str.435-446, 490-491, 494)

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzony w Zespole podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów. W Zespole zapewniono dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, pomimo odmiennej od postanowień umowy z NFZ jej faktycznej realizacji. Ponadto personel medyczny wspierający pracę lekarzy posiadał wymagane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W przypadku porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lekarze przeznaczali przeciętnie ok. 71,7% czasu trwania porady na badanie podmiotowe i przedmiotowe, a ok. 28,3% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. W części medycznej (tzw. białej) Zespół wykorzystywał następujące systemy informatyczne:

- a) KS-PPS (producent Kamsoft SA)⁵³ – służący m.in. do sporządzania dokumentacji medycznej oraz do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- b) VIN-VIX Platinum (AccuSoft Corporation, Gendex Dental systems) – stosowany od 2 grudnia 2016 r. do diagnostyki obrazowej w zakresie stomatologii;
- c) miniIRIS (medi.com sp. z o.o.) – stosowany do badań przy użyciu endoskopu kraniowego; wykorzystywany od 28 grudnia 2015 r.;
- d) Optovue (Medical Partner sp. z o.o.) – stosowany do badań przy użyciu tomografu optycznego, wykorzystywany na podstawie umowy z 1 grudnia 2015 r. w przedmiocie zakupu spektralnego tomografu optycznego wraz z wyposażeniem;
- e) Prometeusz (GEM, Jarosław Kołton) – służący do diagnostyki laboratoryjnej i wykorzystywany na podstawie umowy z 27 lipca 2020 r.

W części związanej z działalnością administracyjną (tzw. część szara) ZOZ wykorzystywał systemy:

- a) Optima ERP (producent COMARCH SA) – do obsługi księgowo-kadrowej, oraz
- b) Płatnik ZUS (program bezpłatny⁵⁴) – w zakresie dotyczącym obsługi płatnika składek.

Przywołane systemy informatyczne nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu informatycznego, a także nie współpracowały bezpośrednio pomiędzy częścią związaną z działalnością medyczną oraz administracyjną.

Zespół wykorzystywał system KS-PPS od 31 grudnia 2006 r., a podstawą korzystania z tego systemu w okresie objętym kontrolą były corocznie zakupywane przez ZOZ licencje, na co wydatkowano w 2019 r. kwotę 11 772,38 zł oraz w 2020 r. 14 088,74 zł. System ten zawierał 23 moduły, w tym m.in.: [1] Terminarz (którego funkcjonalności dotyczyły: Planowania udzielenia świadczeń medycznych; Kontroli

⁵³ Podstawowy Program Świadczeniodawcy.

⁵⁴ Udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

ubezpieczenia pacjentów w EWUŚ; Kontroli statusu epidemicznego pacjentów); [2] POZ (rejestrwanie świadczeń Pielęgniarek i Położnych w POZ; zapisy w dokumentacji Pielęgniarek i Położnych); [3] EDM (sporządzenie dokumentacji medycznej przez lekarzy; terminarz dla lekarzy; realizacja świadczeń z zakresu medycyny pracy); [4] Rozliczenia (rozliczenia za świadczenia medyczne z NFZ; opis struktury organizacji świadczeń; zestawienia, analizy i statystyki); [5] Słowniki (słowniki ogólne w medycynie – ICD9⁵⁵, ICD10⁵⁶ i inne); [6] KS-BLOZ (Baza Informacji o Lekach).

Spośród 23 modułów systemu KS-PPS, do których Zespół miał dostęp na podstawie zawartej umowy licencji, niewykorzystywanych było osiem modułów⁵⁷. Dyrektor w odniesieniu do siedmiu niewykorzystywanych modułów⁵⁸ wyjaśnił, że dostępność do tych modułów nie generowała kosztów zakupu po stronie Zespołu, a część z tych modułów była aktywna przy zakupie minimalnej konfiguracji licencji (były to takie moduły, które zawierał program, nawet jeśli użytkownik nie zamierzał z nich korzystać). Natomiast odnosząc się do niewykorzystywania modułu BDO, w związku z zakupem którego ZOZ wydatkował 250,92 zł w 2019 r. i 258,30 zł w 2020 r. wskazał, że moduł ten wspomagał tzw. tryb RODO bazy danych i generował podstawową dokumentację związaną z RODO. Dodał również, że „Funkcjonalność BDO obecnie jest zastąpiona dokumentacją przygotowywaną samodzielnie przez ZOZ na potrzeby zgodności z zasadą rozliczalności RODO i stanowiła rodzaj wsparcia i zabezpieczenia na wypadek konieczności skorzystania z dokumentacji generowanej przez moduł BDO. *Wcześniejsza rezygnacja mogłaby spowodować ryzyko braku dostępu do niezbędnych narzędzi w przypadku, gdyby funkcjonalność samodzielnie przygotowywanej dokumentacji nie była zadowalająca. Okres od kiedy możliwa jest rezygnacja z tego modułu związany jest z potwierdzeniem dojrzałości i kompletności rozwiązania własnego. Ostatecznie potwierdzenie rezygnacji zaplanowano na początek 2021 r. – przed datą podjęcia decyzji o przedłużeniu licencji na ten produkt, i będzie stanowiło ostateczne potwierdzenie, że posiadane własne rozwiązanie nie posiada żadnych luk funkcjonalnych*”.

Liczba użytkowników poszczególnych systemów informatycznych tzw. części białej wynosiła: [1] KS-PPS – 107 użytkowników (personel medyczny, a także pracownicy rejestracji, administracji⁵⁹ oraz administratorzy IT); [2] miniIRIS – trzech użytkowników (lekarze laryngolodzy); [3]; Optovue – trzech użytkowników (lekarze okuliści); [4] Prometeusz – trzech użytkowników (pracownicy laboratorium); oraz [5] VIN-VIX Platinum – dwóch użytkowników (lekarz stomatolog i asystentka stomatologiczna). Łącznie w ZOZ było aktywnych 49 stanowisk komputerowych.

Weryfikacja wyposażenia 11 pomieszczeń (w tym ośmiu w Ośrodku Zdrowia w Świętej Katarzynie oraz trzech w Ośrodku Zdrowia w Siechnicach), tj. po jednym zespole pomieszczeń rejestracji w Świętej Katarzynie i Siechnicach oraz odpowiednio siedmiu i dwóch pomieszczeń bezpośrednio związanych z udzielaniem świadczeń medycznych, wykazała, że pomieszczenie te zostały odpowiednio wyposażone w sprzęt komputerowy i oprogramowanie związane z udzielaniem świadczeń medycznych.

Na podstawie analizy aktualności inwentaryzacji zasobów informatycznych (w zakresie sprzętu komputerowego), tj. wywiązywania się z wymogu określonego w § 2 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r.

⁵⁵ Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych.

⁵⁶ Międzynarodowa klasyfikacja rozpoznai medycznych.

⁵⁷ [1] Praca Zdalna (moduł zdalnej pracy bazy danych – nieaktywny); [2] Wizyta (Sporządzanie dokumentacji medycznej przez Lekarza; [3] BIL (Baza Informacji o Lekach); [4] eKZU (Elektroniczna komunikacja z urzędami); [5] BDO (Dokumentacja BDO); [6] KGP (Księga główna przychodni); [7] Fiskalny (Sprzedaż fiskalna usług); [8] ZPO (Realizacja zaopatrzenia medycznego)

⁵⁸ Stanowiących jednocześnie funkcjonalności systemu.

⁵⁹ Na potrzeby rozliczeń z NFZ.

w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych⁶⁰ stwierdzono, że w dziewięciu z 11 pomieszczeń dane w przywołanym zakresie były zgodne ze stanem faktycznym, a w dwóch przypadkach taka zgodność nie występowała. Dyrektor wyjaśnił m.in., że w przypadku pierwszego pomieszczenia wynikało to z zakupu nowego urządzenia, a także konieczności przeniesienia danych i przejęcia do obsługi przez Służby IT ZOZ, a w drugim przypadku wynikało z remontu pomieszczenia.

(akta kontroli t. III str. 18-74, 86-92, 226, 232-233, 267-268, t. IV str. 103-106)

2.2 ZOZ w latach 2019-2020 (do 30 września) na rozbudowę oraz eksploatację systemów medycznych wspierających proces udzielenia świadczeń zdrowotnych i wymaganą sprawozdawczość poniósł koszty w łącznej kwocie 222 098,4 zł⁶¹, w tym w 2019 r. – 93 464,7 zł oraz w 2020 r. (do 30 września) – 95 977,5 zł.

Spośród przywołanych kwot nakłady związane z:

[1] eksploatacją systemów informatycznych (w tym serwisu, konserwacji, asysty technicznej, naprawy) wyniosły łącznie 157 972,7 zł (w tym 94 869,0 zł w 2019 r. oraz 63 103,73 zł do 30 września 2020 r.). W ramach tych wydatków ZOZ nabył m.in.: [a] usługi związane z zapewnieniem asysty technicznej i wsparcia informatycznego⁶² (na co wydatkował odpowiednio 63 180,0 zł oraz 53 370,0 zł), a także [b] kontynuację licencji, a także asystę techniczną i subskrypcję na aktualizację programu KS-PPS (odpowiednio 11 772,4 zł oraz 14 088,7 zł);

[2] zakupem sprzętu komputerowego⁶³ wyniosły łącznie 43 046,8 zł (odpowiednio 13 383,6 zł oraz 29 663,2 zł);

[3] rozbudową posiadanych systemów informatycznych wyniosły łącznie 21 129,9 zł (odpowiednio 4 876,0 zł oraz 16 253,2 zł).

(akta kontroli t. III str. 62-74, 75-78, 227-228, t. IV str. 46-47)

2.3 Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto pozycję wydatków o najwyższej kwocie, którą stanowiły w latach 2019-2020⁶⁴ (116 550,0 zł, tj. 52,5%) wydatki związane z zapewnieniem asysty technicznej i wsparcia informatycznego ZOZ. Przywołane świadczenia była realizowane na rzecz ZOZ na podstawie umowy zlecenia⁶⁵ z dnia 8 grudnia 2017 r., która została zawarta na czas nieokreślony. Począwszy od 1 stycznia 2018 r. w związku z realizacją tej umowy wydatkowano 149 240,0 zł, tj. kwotę przekraczającą równowartość 30 tys. euro. Jak wykazało badanie kontrolne w związku z zawarciem tej umowy, a także wprowadzeniem zmian do jej postanowień nie dochowano wymogów wynikających z ustawy z dnia 24 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁶⁶, a także obowiązującego

⁶⁰ Dz.U. z 2017 r. poz. 2247.

⁶¹ W tym 9 200,0 zł dofinansowanie zewnętrzne uzyskane na podstawie zarządzenia nr 27/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

⁶² Na podstawie umowy zlecenia nr 6/2018 z dnia 08 grudnia 2017 r.

⁶³ W 2019 r. zakupiono: [1] zestaw komputerowy za kwotę 2 740,0 zł; [2] komputer przenośny za kwotę 1 800,0 zł; [3] komputer stacjonarny za kwotę 2 300,0 zł; [4] pamięć serwera za kwotę 1 968,0 zł; [5] cztery drukarki za łączną kwotę 3 111,6 zł; [6] urządzenie wielofunkcyjne za kwotę 1 463,7 zł. W 2020 r. zakupiono: [1] dwa monitory LED za łączną kwotę 1 090,0 zł; [2] sześć zestawów komputerowych za łączną kwotę 17 037,0 zł; [3] cztery komputery przenośne za łączną kwotę 6 400,0 zł; [4] cztery drukarki za łączną kwotę 3 720,8 zł; [5] jedno urządzenie wielofunkcyjne 1 415,5 zł.

⁶⁴ Do 30 września 2020 r.

⁶⁵ Umowa zlecenie nr 6/2018. Zgodnie z § 1 przywołanej umowy Zleceniobiorca zobowiązany był m.in.: [1] w zakresie sprzętu komputerowego, sieci i programów informatycznych do: [a] instalacji i konfiguracji sprzętu komputerowego oraz oprogramowania na stanowiskach komputerowych (serwery i stacje robocze); [b] nadzór nad prawidłową pracą sprzętu i oprogramowania, w tym administrację systemami informatycznymi (ASI); [c] współpracę z dostawcami; [d] wykonywanie kopii bezpieczeństwa; [2] w zakresie pracowników ZOS do: [a] szkolenia pracowników zakładu na stanowiskach pracy z zakresu obsługi komputera i oprogramowania informatycznego; [b] pomoc pracownikom w codziennej pracy z komputerem; [c] wykonywanie innych czynności zleconych przez zleceniodawcę.

⁶⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm. Dalej: ustawa Pzp.

w Zespole Zarządzenia wewnętrznego nr 6/2014 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie z dnia 30 grudnia 2014 r. w sprawie udzielania zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 000 euro, na mocy którego wprowadzono *Regulamin udzielania zamówień*⁶⁷. Powyższe zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli t. III str. 46-61, 224, 229, 343-347, t. IV str. 44-45)

2.4 Procedury w ramach Systemu Zarządzenia Bezpieczeństwem Informacji w ZOZ obejmowały m.in.: [1] *Instrukcję Zarządzenia Systemem Informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie*⁶⁸, a także [2] *Politykę Bezpieczeństwa Przetwarzania Danych Osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie*⁶⁹. Postanowienia tych dokumentów określały m.in. środki techniczne i organizacyjne niezbędne dla zapewnienia poufności, rozliczalności i integralności przetwarzania danych. Ponadto w powyższym zakresie obowiązywała *Procedura Zarządzania Uprawnieniami do Systemów IT*, której element stanowiła *Procedura nadawania, odbierania i modyfikacji uprawnień do systemów informatycznych ZOZ*.

W wyniku analizy kontrolnej ustalono, że system KS-PPS co do zasady spełniał wymogi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Sformułowane w tym zakresie zastrzeżenia, dotyczyły: [1] braku możliwości zapisu i dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM lub innych, a także [2] niezawierania w wydrukowanych dokumentach⁷⁰ wszystkich danych⁷¹ – przy czym jak wskazały w toku oględzin upoważnione przez Dyrektora osoby, funkcja ta została wyłączona, tak aby lekarz lub inny autor dokumentu potwierdził pieczęcią z podpisem dokument w formie papierowej (wydruk z systemu KS-PPS).

W pozostałym zakresie system KS-PPS zapewniał m.in.:

- a) integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione.
- b) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych.
- c) identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu. System prezentował pełną historię zmian dokonywanych wpisów, wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji danych w formie elektronicznej.
- d) podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i PUE. Lekarze w podmiocie wykorzystywali podpis PUE-ZUS. Natomiast podpis kwalifikowany wykorzystywany był tylko przez pracowników administracji w części szarej (w podmiocie wykorzystywane są trzy podpisy kwalifikowane).
- e) dostęp do pełnej historii informacji o czasie sporządzenia dokumentacji oraz zmian w dokumentacji medycznej.
- f) możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 i CDA.
- g) możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

(akta kontroli t. III, 124-217, 224-225, t. IV str. 43, 45, 50-62, 72-78)

2.5. W Zespole zapewniono odpowiednie warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia przez lekarzy dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

⁶⁷ Regulamin udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro.

⁶⁸ Dokument przyjęto 23 lipca 2017 r., a ostatnia jego zmiana została wprowadzona 30 czerwca 2020 r.

⁶⁹ Dokument przyjęto 23 lipca 2017 r., a ostatnia jego zmiana została wprowadzona 26 października 2020 r.

⁷⁰ Z wyłączeniem: [1] historii zdrowia i choroby; [2] wydruku e-skierowania na życzenie pacjenta.

⁷¹ W zakresie oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie diagnostyczne, tj.: [1] imię i nazwisko; [2] tytuł zawodowy; [3] numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

Dokumentacja medyczna była prowadzona przez lekarzy POZ i AOS w postaci elektronicznej⁷². W poradniach, w których jednocześnie pracują lekarze i pielęgniarki dokumentacja uzupełniana była podczas wizyty pacjenta przez przywołany personel.

Z kolei pielęgniarki i położne środowiskowe częściowo prowadziły dokumentację w formie papierowej w części medycznej (w zakresie wizyt patronażowych).

Dyrektor wyjaśnił, że ZOZ był w trakcie reorganizacji i zaplanowano dla każdej pielęgniarki środowiskowej zakup laptopa wraz z dostępem do sieci internetowej, co umożliwi podłączenie się do systemu medycznego Zespołu oraz wprowadzanie danych medycznych na bieżąco podczas wizyty u pacjenta.

W Zespole obowiązywała m.in. procedura ZOZSK-SZBI_5.2._*Rejestr Upoważnień*⁷³, w której określono m.in. predefiniowane grupy upoważnień⁷⁴, dla których przypisano poszczególne rodzaje (zakresy) upoważnień⁷⁵. Na badanej próbie potwierdzono, że zakres wydawanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych w zakresie pełnionych obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku był zgodny z przywołanymi postanowieniami⁷⁶.

Ponadto prowadzony był rejestr upoważnień do przetwarzania danych osobowych. Na wybranej próbie dziewięciu osób spośród personelu⁷⁷ wykazano, że w każdym przypadku wydane zostało upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w zakresie pełnionych obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku. Ponadto na podstawie badanej próby stwierdzono, że osoby, na rzecz których wydano upoważnienia, w każdym przypadku podpisały *oświadczenia o zapoznaniu się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zobowiązanie do zachowania tajemnicy*, w których m.in. potwierdzały zapoznanie się z *Instrukcją Zarządzania Systemem Informatycznym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie*. Osiem z przywołanych osób miało dostęp do systemu KS-PPS, a podstawą uprawnień dostępu do systemów IT było procedowanie *Wniosku o nadanie uprawnień do pracy w systemach informatycznych* bądź przeprowadzenie *Przeglądu uprawnień* do systemu KS-PPS.

Z kolei w związku umową zlecenia nr 6/2018 z 8 grudnia 2017 r. zawarta została 24 maja 2018 r. z Administratorem Systemów Informatycznych *Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych stanowiąca uzupełnienie umowy-zlecenia Nr 6/2018 z dnia 08 grudnia 2017 r.* (dalej: umowa powierzenia). Zgodnie z umową powierzenia możliwość przetwarzania danych osobowych ustalono w okresie obowiązywania umowy z dnia 8 grudnia 2017 r.

System informatyczny został zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem do danych osobowych poprzez wymaganie wprowadzenia hasła do systemu operacyjnego oraz loginu i hasła do systemu KS-PPS, wykorzystywanego do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

W wyniku analizy kontrolnej stwierdzono, że trzech spośród trzynastu lekarzy odrębnie lub częściowo odrębnie wypełniało niektóre formularze, pomimo tego, że

⁷² Trzech lekarzy, którzy mieli zawartą z ZOZ umowę komercyjną (nie udzielali świadczeń w ramach kontraktu z NFZ) nie prowadziło dokumentacji w formie elektronicznej.

⁷³ Ze zm.

⁷⁴ Grupy: [1] Administracja; [2] Administracja – Personel Pomocniczy; [3] Fizjoterapia; [4] Stażyści i praktykanci medyczni; [5] Laboratorium; [6] Lekarze; [7] Pielęgniarki; [8] Położne; [9] Rejestracja; [10] Technicy medyczni; [11] Wolontariat.

⁷⁵ [1] Dostępu do danych medycznych; [2] modyfikacji danych medycznych w związku z obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej; [3] wykonywania kopii dokumentacji medycznej; [4] udostępniania dokumentacji medycznej; [5] potwierdzania kopii dokumentacji medycznej za zgodność z oryginałem; [6] dostępu do danych osobowych z wyłączeniem dokumentacji medycznej; [7] modyfikacji danych osobowych z wyłączeniem dostępu do dokumentacji medycznej; [8] wykonywania kopii danych osobowych z wyłączeniem dokumentacji medycznej; [9] usuwania danych osobowych z wyłączeniem dokumentacji medycznej na polecenie ADO.

⁷⁶ Jeden lekarz, jedna rejestratorka, technik elektroradiologii.

⁷⁷ Łącznie trzech lekarzy, dwie pielęgniarki, dwie rejestratorki, jeden technik analityki medycznej oraz jeden technik elektroradiologii.

system KS-PPS umożliwiał w pełni elektroniczne wypełnienie tych typów dokumentów. Dyrektor wyjaśnił, że dokumenty, które rzadko są wystawiane przez niektórych lekarzy można szybciej napisać odręcznie. Wskazał przy tym, że w najbliższym czasie w Zespole zostanie przeprowadzone szkolenie oraz nastąpi przypomnienie o konieczności wystawiania zaświadczeń w systemie informatycznym.

(akta kontroli t. III str. 124-217, 231-232, 244, 292-342, 270-275, 349-373)

2.6. W wyniku analizy kontrolnej, ustalono m.in., że wykorzystywany w ZOZ system informatyczny KS-PPS stanowił co do zasady sprawne narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Stwierdzone w tym zakresie zastrzeżenia dotyczyły w szczególności: [1] braku integracji systemu KS-PPS z systemami do obsługi pracowni diagnostycznych, a w konsekwencji system ten nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Skutkowało to z kolei niezapewnieniem interaktywnych wyników laboratoryjnych i koniecznością manualnego wprowadzania podczas wizyty tych wyników przez lekarzy do systemu KS-PPS. W lipcu 2020 r. ZOZ zawarł umowę z dostawcą systemu na potrzeby obsługi urządzeń laboratoryjnych. Jak wyjaśnił Dyrektor podczas kontroli trwała weryfikacja możliwości wykorzystywania tego systemu w przyszłości pod kątem współpracy z istniejącymi systemami i nowymi modelami urządzeń laboratoryjnych; [2] braku wbudowanych funkcjonalności RIS⁷⁸, PACS⁷⁹, DICOM Viewer oraz badań Video.

Badany system posiadał jednak inne funkcjonalności/rozwiązania, które usprawniały pracę personelu medycznego, gdyż m.in.:

- zapewniał możliwość pracy zarówno na komputerach stacjonarnych, jak i przenośnych, a także umożliwiał pracę we wszystkich podjednostkach organizacyjnych przychodni w różnych lokalizacjach w zależności od potrzeb (Ośrodek Zdrowia Święta Katarzyna oraz Ośrodek Zdrowia Siechnice);
- pozwalał na bieżący przepływ informacji pomiędzy różnymi lokalizacjami;
- zapewniał w jednym oknie lokalizacje najczęściej używanych funkcji;
- umożliwiał wgląd do wpisów z poprzedniej wizyty/poprzednich wizyt;
- pozwalał na tworzenie własnych notatek po autoryzacji wizyty;
- zapewniał dostęp do bazy leków, kwoty refundacji oraz dawkowania, a ostatnia⁸⁰ aktualizacja bazy leków KS-BLOZ była datowana na 10 listopada 2020 r. Recepty były archiwizowane i istniała możliwość ich automatycznego ponownego wystawienia na podstawie danych z poprzedniej recepty. Ponadto pacjent miał możliwość zweryfikowania w aplikacji mobilnej VISIMED (będącej funkcjonalnością platformy OSOZ firmy Kamsoft, producenta KS-PPS) gdzie jest dostępny dany lek;
- zapewniał z poziomu wizyty automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 (procedury medyczne) i ICD-10 (rozpoznania);
- zawierał zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, wydawanych zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom z możliwością ich ewidencjonowania, drukowania oraz modyfikowania wzorów w przypadku zmian przepisów prawa;

⁷⁸ Radiologiczny System Informacyjny (ang. Radiology Information System).

⁷⁹ System PACS (ang. Picture Archiving and Communication System) — to system archiwizacji i dystrybucji obrazów, którego celem jest obsługa informatyczna zadań wykonywanych w ramach diagnostyki obrazowej w zakresie danych obrazowych. Najważniejszą cechą dobrego systemu PACS jest obsługa protokołu DICOM, w którym generowane są obrazy, pozwala to na współpracę systemów i urządzeń pochodzących od różnych producentów; źródło: <https://ucyfrowienie.pl/systemy-pacsrisc/>.

⁸⁰ Według stanu na 12 listopada 2020 r.

- poprzez stronę internetową Zespołu (zakładka Rejestracja on-line) oraz aplikację mobilną VISIMED była możliwa rejestracja online w zakresie POZ i Poradni rehabilitacyjnej. Pacjent otrzymywał sms z potwierdzeniem różnych zdarzeń (np. rezerwacja wizyty, zmiana terminu, odwołanie).

Ponadto wykorzystywany w Zespole system, zintegrowany był z zewnętrznym systemem elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz umożliwiał szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta. W latach 2019 i 2020 (do 30 września) system eWUŚ nie potwierdził uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w odpowiednio: w 1 039 i 708 przypadkach, co stanowiło odpowiednio 0,68% i 0,76% ogólnej liczby udzielonych przez ZOZ świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji zostało złożonych odpowiednio 806 (77,6%) i 693 (97,9%) oświadczeń, o których mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸¹.

W okresie objętym kontrolą w ZOZ nie wystąpiły awarie systemu KS-PPS. W Zespole prowadzony był rejestr zdarzeń w zakresie technologii informatycznej, w którym w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 4 listopada 2020 r. zarejestrowano 518 zdarzeń. Dotyczyły one m.in. poczty elektronicznej (np. włączenie/wyłączenie przekierowań wiadomości), konfiguracji stanowisk pracy, problemów technicznych w działaniu sprzętu komputerowego. Systemu KS-PPS dotyczyło 74 wpisanych zdarzeń, i związane one były m.in. z weryfikacją aktywnych kont w systemie, problemami z logowaniem, potrzebą wsparcia i problemami w obsłudze e-recept, zawieszaniem się systemu.

Na podstawie opinii 15 osób spośród personelu medycznego⁸², dotyczącej wykorzystywanego w ZOZ systemu informatycznego stwierdzono, że dwanaście osób uznało system KS-PPS za narzędzie wspierające ich pracę w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, natomiast 13 osób uznało ten system za intuicyjny w obsłudze i stwierdziło, że zostało przeszkolonych z jego obsługi. Spośród ww. osób, 11 osób wskazało, że obsługują system informatyczny samodzielnie lub wskazało, że wymagają sporadycznego lub w określonych sytuacjach wsparcia ze strony innych osób (informatyka lub koordynatora bezpieczeństwa informacji). Spośród dwóch osób, które wskazały, że nie obsługują samodzielnie systemu informatycznego jedna wskazała na potrzebę bieżącego wsparcia, a druga wsparcia częściej (niż sporadycznie) w wykonywanych czynnościach⁸³.

(akta kontroli t. III str. 39-41, 124-217, 223, 226, 233, 256, 292-239, t. IV str. 1-41, 43, 79, 84-94)

2.7. Zespół został podłączony do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (zbudowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia⁸⁴ w ramach tzw. Systemu P1) systemu od 21 sierpnia 2019 r. (godz. 09:16). Zgodnie z art. 56 ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁸⁵ podmioty lecznicze miały obowiązek podłączyć się do Systemu P1 nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. System informatyczny zapewniał interoperacyjność (gotowość do współpracy) z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych” o Zdarzeniach Medycznych w zakresie e-recepty, e-deklaracji i e-skierowania. Podmiot

⁸¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

⁸² Siedmiu lekarzy, pięciu pielęgniarek i pielęgniarzy i trzech położnych.

⁸³ Ponadto dwie osoby wskazały, że nie posiadały do dyspozycji sprzętu komputerowego/laptopa i nie udzieliły odpowiedzi na część pytań wskazanych w ankiecie.

⁸⁴ Obecnie Centrum e-Zdrowia (CEZ).

⁸⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 702, ze zm.

wykorzystywał standard HL7 CDA w zakresie transferu nieobrazowych danych medycznych dla dokumentów takich jak e-recepta, e-deklarcja, e-skierowanie, które w założeniach CEZ (dawniej CSIOZ) są tworzone zgodnie ze standardem IHE XDS.

Dyrektor wskazał, że wystawianie w Zespole recept w formie papierowej wiązało się z przerwami w dostawie zasilania w energię elektryczną lub przerwą w dostępie do Platformy P1, a niewskazanie liczby wystawionych recept w formie papierowej wynikało z braku prowadzenie statystyki w tym zakresie

(akta kontroli t. III str. 124-217, 233, 246, t. IV str. 42-43, 79)

2.8 W ZOZ, za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych, nie zostały upoważnione do wystawiania e-zwolnień i e-recept w imieniu lekarzy żadne osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Lekarze pracujący w ZOZ nie upoważnili także tzw. asystentów medycznych do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień, e-recept i e-skierowań.

W związku z niewykorzystywaniem możliwości nadania uprawnień tzw. asystentom medycznym do wypisywania e-recept i e-zwolnień sześciu lekarzy wyjaśniło m.in., że: [1] w ZOZ nie było osoby zatrudnionej na stanowisku asystenta medycznego, [2] praca oparta o system informatyczny jest łatwa i szybka, a w konsekwencji wystawianie dokumentów nie stanowi obciążenia czasowego i umożliwia samodzielne zweryfikowanie refundacji, przed wystawieniem recepty i wskazania do jej stosowania. Podobnie wystawienie druku trwa bardzo krótko i zbliżony czas zajęłoby przekazanie tej dyspozycji asystentowi medycznemu.

Dyrektor wskazał, że wszyscy lekarze pracujący w Zespole zostali przeszkoleni w zakresie wystawiania e-zwolnień i e-recept przez Administratora Systemów Informatycznych. Wskazał przy tym, że każdy nowoprzyjęty lekarz podlega szkoleniu w zakresie obsługi programu, a w razie potrzeby również z wystawiania, e-skierowań, e-zwolnień i e-recept.

(akta kontroli t. III str. 232-233, 243, 246 t. IV str. 1-41, 84, 88, 91)

2.9 Średni czas wypełniania w postaci elektronicznej poszczególnych formularzy⁸⁶ wynosił dla:

- zlecenia na wyroby medyczne (e-zlecenie) – 46 sekund;
- recepty (e-recepta) powtórzenie leku – 55 sekund;
- recepta (e-recepta) wypisanie nowego leku – 39 sekund;
- karty DiLO – 3 min 33 sekundy;
- zwolnienia lekarskiego – 56 sekund;
- skierowania do poradni specjalistycznej – 30 sekund;
- skierowania na badania laboratoryjne – 35 sekund⁸⁷;
- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – 31 sekund;
- skierowania do sanatorium – 4 min 5 sekund;
- zaświadczenia lekarskiego – 38 sekund⁸⁸;
- skierowania do szpitala – 39 sekund;
- informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego – 23 sekundy;

⁸⁶ Po pięć przypadków wypełniania każdego z formularzy, z wyłączeniem *Informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego*, dla którego średni czas ustalono na podstawie czterech wypełnionych formularzy.

⁸⁷ W przypadku trzech formularzy wypełnionych elektronicznie. W przypadku dwóch formularzy wypełnionych częściowo elektronicznie (wydruk danych pacjenta z systemu) i częściowo odręcznie (wprowadzenie pozostałej treści dokumentu) średni czas wyniósł 39 sekund.

⁸⁸ W przypadku czterech formularzy wypełnionych elektronicznie. W przypadku jednego formularza wypełnionego papierowo czas wyniósł 1 min 30 sek.

– zlecenia na transport sanitarny – 55 sekund⁸⁹.

(akta kontroli t. III str. 276-291, 374-375)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

Zawarcie przez ZOZ na czas nieokreślony umowy zlecenia nr 6/2018 z 8 grudnia 2017 r., a także wprowadzenie jej zmian (na podstawie których zwiększono wynagrodzenie Wykonawcy), nastąpiło z naruszeniem art. 7 ust. 3 ustawy Pzp, który nakładał obowiązek udzielenia zamówienia wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami tej ustawy. W omawianym przypadku nie zastosowano przewidzianego w ustawie trybu udzielenia zamówienia, pomimo tego, że łączna wartość wypłaconego wynagrodzenia w związku z realizacją umowy przekroczyła kwotę 30,0 tys. euro, tj. próg od którego zastosowanie do udzielania zamówień miała ustawa Pzp. Ponadto zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1 i 2 Regulaminu udzielania zamówień w przypadku zamówień o wartości przekraczającej 100 000,0 zł netto, pracownik merytoryczny zobowiązany był do przeprowadzenia telefonicznie, pisemnie lub e-mailowo rozeznania rynku, obejmującego co najmniej trzech wykonawców. Natomiast stosownie do § 3 ust. 3 Regulaminu powyższy wymóg nie miał zastosowania w przypadku gdy dane zamówienie mógł zrealizować jeden wykonawca. Dodatkowo w myśl art. 142 ust. 1 oraz § 5 ust. 1 Regulaminu udzielania zamówień przywołana umowa nie mogła zostać zawarta na czas nieoznaczony.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że współpraca z Wykonawcą realizowana jest od umowy zawartej w 2011 r., a jeśli kolejny dokument zatytułowany był „umowa” w istocie było to przedłużenie już zawartej umowy. Z uwagi na to, że był to dokument sporządzony cztery lata wstecz w stosunku do daty wprowadzenia Regulaminu udzielania zamówień nie stosowano jego postanowień do zawarcia umowy. Dyrektor dodał również, że podstawą prawną umowy był art. 4 pkt 8 ustawy Pzp (w ówczesnym brzmieniu), a zmiany umowy stanowiły nieprzerwany ciąg stosunku prawnego zapoczątkowanego w 2011 r. Z uwagi na takie ich traktowanie nie prowadzono procedur na utrzymanie zawartej przed kilkoma laty umowy. Ponadto wartość zamówienia nie przekraczała kwoty 30 tys. euro, a zatem nadal nie podlegała przepisom ustawy, tak jak to miało miejsce w 2011 r., z tego też względu nie podlegała ona art. 142 przywołanego aktu prawnego. W dacie zawarcia umowy zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 34 ustawy Pzp, czyli ustalana dla 48 miesięcy, wartość umowy nie przekraczała kwoty 30 tys. euro, a zatem nie podlegała przepisom tej ustawy.

NIK nie podziela stanowiska zaprezentowanego w wyjaśnieniach Dyrektora. Należy mieć na uwadze, że zarówno proces zawierania umów, jak i ich zmiany podlega określonym wymogom prawnym, które nie zostały w powyższej sytuacji zachowane. Przede wszystkim zgodnie z art. 44 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*⁹⁰ jednostki sektora finansów publicznych zawierają umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych. Natomiast kwota wypłaconego na podstawie umowy nr 6/2018 z 8 grudnia 2017 r. (ze zmianami) wynagrodzenia przekroczyła równowartość 30 tys. euro, co powodowało, że stosowanie przepisów Pzp nie mogło być w tej sytuacji wyłączone. Ponadto przedmiotowa umowa została zawarta nie tylko bez zastosowania właściwego trybu określonego w Pzp, ale również z pominięciem Regulaminu obowiązującego w czasie jej zawierania, naruszając m.in. zakaz zawierania umów o zamówienie

⁸⁹ W przypadku czterech formularzy wypełnionych elektronicznie. W przypadku jednego formularza wypełnionego papierowo czas wyniósł 1 min 5 sek.

⁹⁰ Dz.U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

publiczne na czas nieoznaczony. Ponadto z pierwotnego brzmienia umowy wynikało, że jej wartość w okresie czterech lat przekroczy kwotę 100 000,0 zł.

(akta kontroli t. III str. 46-61, 76, 343-347, t. IV str. 63-65, 70)

OCENA CZĄSTKOWA

Wykorzystywane w Zespole narzędzia informatyczne stanowiły co do zasady sprawne narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w wykonywaniu obowiązków administracyjnych, a w konsekwencji procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Pomimo funkcjonalności systemu KS-PPS, pozytywnie wpływających na przywołany proces, nie zapewniono jednak integracji wykorzystywanego w Zespole systemu z systemami do obsługi pracowni diagnostycznych. W konsekwencji system ten nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Przywołany system informatyczny, poza brakiem możliwości zapisu i dystrybuowania diagnostyki obrazowej w odpowiednio standardzie, spełniał wymogi do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Niemniej dokumentacja medyczna w Zespole prowadzona była częściowo nadal w formie papierowej.

Nie została również wykorzystana możliwość odciążenia pracy lekarzy od czynności biurokratycznych poprzez nadanie uprawnień tzw. asystentom medycznym.

Pozytywnie należy ocenić, że Zespół w dniu 21 sierpnia 2019 r., tj. ponad cztery miesiące przed upływem wymaganego terminu (8 stycznia 2020 r.), podłączony został do tzw. Systemu P1 w zakresie elektronicznych recept (e-recept). W tej samej uzyskano również dostęp do przywołanego systemu w zakresie e-skierowań, tym samym realizacja tego obowiązku nastąpiła z ponad rocznym wyprzedzeniem.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Dostosowanie postanowień regulaminu organizacyjnego do faktycznie prowadzonej działalności leczniczej.
2. Udostępnienie w ZOZ dla pacjentów informacji wskazującej komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski.
3. Zapewnienie zawierania i realizacji umów o zamówienia publiczne (w tym umowy nr 6/2018 z 8 grudnia 2017 r.) w trybie wymaganym ustawą Pzp oraz uregulowaniami wewnętrznymi.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Wrocław, grudnia 2020 r.

Kontrolerzy
Jakub Mucha

Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Marta Laszczak
Inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis