



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR. 410.023.04.2020

Pani

Joanna Strączek

Kierownik Przychodni Rejonowej w Jaworze

Przychodnia Rejonowa w Jaworze

ul. Piłsudskiego 10

59-400 Jawor

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Przychodnia Rejonowa w Jaworze, ul. Piłsudskiego 10, 59-400 Jawor (dalej: Przychodnia)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Joanna Strączek, kierownik Przychodni od dnia 1 czerwca 2015 r. (dalej: Kierownik)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. 2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierający 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. Paweł Potemski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/153/2020 z dnia 12 października 2020 r. 2. Ryszard Puchała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/164/2020 z dnia 3 listopada 2020 r. (akta kontroli: tom I str. 1; tom II str. 109)

¹ Tj. w dniu 27 listopada 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 ich podział pomiędzy personel medyczny i niemedyczny stwarzał w Przychodni warunki dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych. W toku kontroli stwierdzono jednak, że pielęgniarki i położne zaangażowane były również w realizację niektórych czynności o charakterze administracyjnym.

Personel medyczny wspierający pracę lekarzy posiadał wymagane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. W okresie pandemii SARS-CoV-2 Przychodnia kontynuowała udzielanie porad w formie stacjonarnej i zapewniła dostępność ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, zaś udzielanie teleporad stanowiło uzupełnienie podstawowego, stacjonarnego trybu pracy placówki.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta (w przypadku porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) lekarze przeznaczali średnio ponad 72% czasu trwania porady, a niecałe 28% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Stosowane w Przychodni 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 medycznej w postaci elektronicznej. Pomimo powyższego, dokumentację medyczną w Przychodni prowadzono z reguły w postaci papierowej.

Ujawnione nieprawidłowości polegały na: [1] niezgłoszeniu do organu prowadzącemu Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wszystkich zmian danych objętych tym rejestrem; [2] niezgłoszeniu do Narodowego Funduszu Zdrowia zmian w związku z nieudzielaniem świadczeń zdrowotnych przez czterech lekarzy Przychodni; [3] braku upoważnienia czterech osób udzielających świadczeń zdrowotnych do przetwarzania danych osobowych. W ocenie NIK przywołane nieprawidłowości nie wpłynęły jednak istotnie na działalność Przychodni w kontrolowanym zakresie.

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

⁴ mMedica+ (dalej: system mMedica).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. Przychodnia funkcjonowała w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na podstawie wpisu do Księgi Rejestrowej Nr 000000001145 Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)⁵, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego. Według stanu wpisu na dzień 1 września 2020 r., w ramach Przychodni funkcjonowały następujące komórki organizacyjne: [1] poradnie: lekarza POZ⁶, medycyny pracy, dermatologiczna, neurologiczna, reumatologiczna, ginekologiczno-położnicza, okulistyka, otolaryngologiczna, chorób płuc, zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, stomatologiczna, protetyki stomatologicznej; [2] gabinety: pielęgniarki POZ, położnej POZ, diagnostyczno-zabiegowy, medycyny szkolnej (w dziewięciu lokalizacjach), diagnostyczno-zabiegowe⁷; [3] punkt szczepień; [4] dział fizjoterapii. Zgodnie z art. 24 ustawy o działalności leczniczej, Regulamin Organizacyjny „Przychodni Rejonowej w Jaworze” (dalej: Regulamin Organizacyjny)⁸ określał szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych⁹, tj. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zasady dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

W latach 2019-2020 w Przychodni świadczenia zdrowotne udzielane były na podstawie zawartych umów z NFZ w rodzaju: POZ¹⁰; AOS¹¹; leczenie stomatologiczne; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, które realizowano w dwóch lokalizacjach przy: ul. Piłsudskiego 10 i ul. Moniuszki 6 w Jaworze. Ponadto w Przychodni funkcjonowały poradnie: diabetologiczna i hematologiczna (ich działalność uwzględniono w Regulaminie organizacyjnym), dla których – według Księgi Rejestrowej RPWDL – nie prowadzono działalności, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 47-89, 322-326; tom II str. 79-96)

W Przychodni, informacje o zasadach organizacji procesu świadczeń zdrowotnych, udostępniono: na stronie internetowej Przychodni, na tablicach informacyjnych, a także poprzez informacje udzielane przez pracowników Przychodni (osobiście bądź telefonicznie). Dodatkowo informacje o godzinach przyjęć poszczególnych lekarzy umieszczono na drzwiach gabinetów.

(akta kontroli: tom I str. 227-231; tom II str. 79-96)

Według stanu na dzień 1 stycznia 2019 r. i 2020 r. oraz 13 października 2020 r.¹² w Przychodni zadeklarowanych było odpowiednio 5 635, 5 791 i 5 916 pacjentów. W rejestracji Przychodni posiadano pięć dostępnych linii telefonicznych, obsługiwanych przez pięć rejestratorek. Tym samym wypełniony został standard

⁵ Elektroniczny rejestr, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.), dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁶ W dwóch lokalizacjach: przy ul. Piłsudskiego 10 i ul. Moniuszki 6 w Jaworze.

⁷ W dziedzinie: neurologii; położniczo ginekologicznej; okulistyki; otolaryngologii; dermatologii.

⁸ Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017 Kierownika Przychodni z 11 stycznia 2017 r.

⁹ W § 9 Regulaminu organizacyjnego określono m.in., że Przychodnia zapewnia dostępność do świadczeń POZ w dwóch budynkach (przy ul. Piłsudskiego 10 i ul. Moniuszki 6) w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach 7⁰⁰-18⁰⁰ (świadczenia udzielane po zarejestrowaniu, na bieżąco, w uzasadnionych przypadkach w domu pacjenta). Szczegółowy harmonogram przyjęć w poradniach specjalistycznych i był dostępny w Przychodni w rejestracji, w poradniach na tablicach ogłoszeń oraz na stronie internetowej Przychodni, i uzależniony od zawartych umów z NFZ.

¹⁰ W zakresie świadczenia: lekarza POZ; pielęgniarki POZ; położnej POZ; pielęgniarki szkolnej.

¹¹ W zakresie: dermatologii i wenerologii; neurologii; ginekologii i położnictwa; okulistyki; otolaryngologii; gruźlicy i chorób płuc; reumatologii.

¹² Trzy linie telefoniczne do budynku przy ul. Piłsudskiego 10, a dwie ul. Moniuszki 6.

OJ11 efektywności systemu rejestracji¹³, zgodnie z którym jedna linia telefoniczna powinna przypadać na 3 000 pacjentów.

(dowód akta kontroli: tom I str. 227-231)

W okresie objętym kontrolą nie zaprzestano udzielania żadnego ze świadczeń. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie teleporad rozpoczęło w poszczególnych poradniach z dniem 5 marca 2020 r.¹⁴, przy czym formalne procedury w tym zakresie wprowadzono w Przychodni 15 października 2020 r. W tej dacie, tj. z dochowaniem terminu przewidzianego § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej¹⁵, Kierownik zarządzeniem nr 15/2020 wprowadziła procedury przyjmowania i rejestrowania pacjentów (w tym teleporad) w Przychodni, zgodne z standardami określonymi we wzmiankowanym rozporządzeniu¹⁶, które w praktyce uprzednio stosowano w Przychodni. Teleporady były udzielane w wyznaczonych dniach i godzinach pracy przez każdego z lekarzy Przychodni, po uprzedniej rejestracji pacjenta. Rejestracja prowadziła listę pacjentów zgłoszonych do teleporady. Po zarejestrowaniu się u wyznaczonego lekarza, ten łączył się telefonicznie z pacjentem. Lekarz w trakcie udzielania teleporad nie przyjmował innych pacjentów, realizując wyłącznie teleporady.

Rozmowy telefoniczne z rejestracji i przeprowadzonych teleporad (w Przychodni po stosownej rejestracji) nie były nagrywane. Na podstawie analizy dokumentacji 10 udzielonych świadczeń (pięciu w formie teleporad i pięciu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem), stwierdzono ich stosowne udokumentowanie, z zaznaczeniem - w przypadku teleporad – że świadczenie zostały udzielone w takiej formie. Dodatkowo w celu poprawy komunikacji z pacjentami w zakresie teleporad i odciążenia linii telefonicznych zakupiono do 10 listopada 2020 r. łącznie sześć telefonów komórkowych (na kartę).

(akta kontroli: tom I str. 116-146, 263-264)

Procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków uregulowano w Regulaminie organizacyjnym. W latach 2019-2020 (do 6 listopada) pacjenci nie wnieśli skarg i wniosków dotyczących organizacji udzielania świadczeń, kompetencji personelu medycznego, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dostępu do dokumentacji medycznej.

(akta kontroli: tom I str. 109; tom II str. 79-96)

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane były odmiennie od *harmonogramu – zasoby*¹⁷, tj. załącznika do zawartej umowy z NFZ, co stwierdzono dla lekarzy¹⁸: [1] POZ przyjmujących przy ul. Piłsudskiego; [2] POZ przyjmujących przy ul. Moniuszki; [3] dermatologa; [4] neurologa; [5] laryngologa; [6] ginekologa-położnika; [7] reumatologa; [8] okulisty; [9] psychologa.

Kierownik wyjaśniła: *Na etapie realizacji umów powstaje konieczność dostosowania godzin przyjęć do faktycznych potrzeb pacjentów. Udzielanie świadczeń odbywa się na podstawie „rejestracji” pacjentów. W sytuacji małego zapotrzebowania (np. w ciągu tygodnia) pacjenci są rejestrowani na określony dzień. Jeśli jest możliwość przyjęcia pacjentów przez określonego lekarza w jednym dniu to nie ma potrzeby „rozbijania” wizyt na kilka dni. Świadczenia były udzielane w sposób*

¹³ Określony 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).

¹⁴ Za wyjątkiem poradni stomatologicznej i protetyki stomatologicznej.

¹⁵ Dz.U. Nr 1395.

¹⁶ Określono termin do 60 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia, tj. od dnia 29 sierpnia 2020 r.

¹⁷ Jak i według wydruków z Portalu potencjału.

¹⁸ Główną formą zatrudnienia lekarzy (ponad 90% zatrudnionych) stanowiły umowy zlecenia i kontrakty, gdzie określono stawkę godzinową za pracę (m.in. dla lekarzy POZ), bądź określony procent jednostki rozliczeniowej z NFZ (dla lekarzy AOS).

rzeczywisty, ciągły i dostępny a nadto zapewniały pełną realizację zawartego z NFZ kontraktu. (...) Nie dochodziło więc do sytuacji otrzymania przez lekarzy wynagrodzenia niemającego pokrycia w ilości wykonanych świadczeń zdrowotnych. Należy uwzględnić również, że zmiany w harmonogramie pracy lekarzy wynikają z obecnej sytuacji epidemiologicznej związanej z Covid-19. Obserwuje się spadek zapotrzebowania na porady specjalistyczne (np. dermatologiczne) stąd przyjęcia w tej poradni zostały sprowadzone do jednego dnia w tygodniu. (...).

Czterech lekarzy wykazanych w harmonogramie – zasoby, nie udzielało świadczeń według stanu na dzień 19 listopada 2020 r., co szczegółowo opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

Analiza harmonogramów czasu pracy wybranych losowo sześciu lekarzy¹⁹ do odnotowanego czasu logowania w systemie mMedica w kwietniu, czerwcu oraz sierpniu 2020 r. wykazała nieświadczenie usług zdrowotnych, w godzinach przyjęć określonych dla danych gabinetów lekarza: [1] dermatologa; [2] laryngologa; [3] okulisty. Kierownik wyjaśniła, że: [ad. 1 i 2] *od kwietnia 2020 r. z powodu Covid-19 była mniejsza ilość pacjentów w AOS, tym samym zmniejszono ilość godzin pracy lekarzy*, [ad. 3] z dniem 31 lipca 2020 r. lekarz wypowiedział umowę. Zgodnie z informacją przekazywaną do NFZ, w okresie od kwietnia do sierpnia 2020 r. czas oczekiwania pacjenta na wizytę lekarza AOS wynosił dla pacjenta pierwszorazowego do dwóch dni roboczych.

(akta kontroli: tom I str. 265-290, 322-328, 332)

2. W analizowanym okresie²⁰ w Przychodni, w różnych formach zatrudnienia, tj. na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktu i umowy zlecenia), zaangażowano przeciętnie od 72 do 74 osób personelu²¹, obsadzając w ten sposób średnio w przeliczeniu 51,3 etatu²². Przeważającą część zatrudnionych, średnio 71%, stanowił personel medyczny²³, w skład którego wchodziło m.in. średnio 23 lekarzy i 20 pielęgniarek, zatrudnianych średnio w łącznym wymiarze 9,8²⁴ i 16,5 etatu.

Przychodnia, w całym analizowanym okresie, zatrudniała tzw. inny personel medyczny z wyższym wykształceniem. Było to pięć osób, zatrudnionych na ogółem 3,48 etatu (mgr psychologii, fizjoterapii, analityki medycznej itp.).

W Przychodni zatrudniano pięć rejestratorek (w przeliczeniu odpowiednio od 3,7 do 4,3 etatu) oraz dwie, a następnie trzy osoby tzw. personelu pomocniczego na pełnym etatach.

Ponadto personel Przychodni stanowiła administracja oraz pracownicy obsługi. Ogółem było to od 13 do 15 osób, przy czym liczba pracowników obsługi (np. kierowcy, sprzątaczk, dozorczy) wynosiła pięć i pozostawała w badanym okresie na niezmiennym poziomie.

O jedną osobę wzrosło zatrudnienie w grupie pracowników administracyjnych i na 30 września 2020 r. było to dziewięć osób, w tym dwóch pracowników na stanowiskach kierowniczych oraz zatrudniony na pełnym etacie informatyk.

W analizowanym okresie liczba zatrudnionych lekarzy zmniejszyła się. Według stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudniano 25 lekarzy, na dzień 30 września 2020 r.

¹⁹ POZ i AOS.

²⁰ Dane statystyczne obejmują okresy półroczne według stanu na: 31 grudnia 2018 r., 30 czerwca 2019 r., 31 grudnia 2019 r., 30 czerwca 2020 r. i okres III kwartału roku 2020 według stanu na 30 września 2020 r. zwane dalej „okresem analizowanym”.

²¹ Według stanu na: 31 grudnia 2018 r. były to 73 osoby, 30 czerwca 2019 r. – 74 osoby, 31 grudnia 2019 r. – 74 osoby, 30 czerwca 2020 r. – 72 osoby i na 30 września 2020 r. – 73 osoby.

²² Po przeliczeniu na pełne etaty z zaokrągleniem do jednego miejsca po przecinku.

²³ Osoby wykonujące zawody medyczne, tj. lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem.

²⁴ Według stanu na 31 grudnia 2018 r. – 25 lekarzy i 19 pielęgniarek, na 30 czerwca 2019 r. – 24 lekarzy i 20 pielęgniarek, na 31 grudnia 2019 r. – 23 lekarzy i 21 pielęgniarek, na 30 czerwca 2020 r. – 22 lekarzy i 20 pielęgniarek, 30 września 2020 r. – 22 lekarzy i 20 pielęgniarek.

były to 22 osoby. Nie zmieniła się liczba lekarzy specjalistów I i II stopnia, w całym okresie zatrudnionych było czterech specjalistów I stopnia i 13 specjalistów II stopnia. Pozostali lekarze nie posiadali specjalizacji, nie zatrudniano lekarzy rezydentów.

W grupie pielęgniarek i położnych stan zatrudnienia w analizowanym okresie pozostawał na zbliżonym poziomie. Było to przeciętnie 20 osób, którymi obsadzano średnio 16,6 etatu. W gronie pielęgniarek trzy osoby legitymowały się wykształceniem wyższym, a pozostałe²⁵ wykształceniem średnim bez specjalizacji²⁶.

Przeważająca część personelu Przychodni²⁷ zatrudniana była na podstawie umowy o pracę. W ten sposób, w różnych grupach zawodowych, zatrudniano przeciętnie 44 pracowników obsadzając 39,4 etatu. Umowa o pracę stanowiła podstawową formę zatrudniania pielęgniarek i położnych, gdyż w analizowanym okresie od 15 do 18 z nich zatrudniano w takiej formie, a w przypadku dwóch osób świadczenie pracy następowało na podstawie umowy zlecenia.

W analizowanym okresie liczba zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pracowników powiększyła się ogółem o pięć osób (1,4 etatu). Zatrudnienie i etatyzacja na koniec, poddanych analizie, półrocznych okresów, przedstawiały się następująco: [1] 31 grudnia 2018 r. 41 osób zatrudnionych na 38,3 etatu, [2] 30 czerwca 2019 r. 43 osoby na 39,1 etatu, [3] 31 grudnia 2019 r. 45 osób na 38,8 etatu, [4] 30 czerwca 2020 r. 45 osób na 39,2 etatu oraz [5] na 30 września 2020 r. 46 osób na 39,7 etatu.

W strukturze zatrudnionych w ramach stosunku pracy dominował personel medyczny, który w badanym okresie stanowił średnio 55% ogółu.

Według stanu na 31 grudnia 2018 r. na podstawie umowy o pracę Przychodnia zatrudniała trzech lekarzy w wymiarze ogółem 2,3 etatu, następnie, od drugiego półrocza 2019 r., dwóch lekarzy w wymiarze 1,3 etatu. Ponadto na dwóch pełnych etatach zatrudniano dwóch lekarzy dentystów. W Przychodni, w oparciu o umowę o pracę, pracowało przeciętnie 17 pielęgniarek i położnych, przy czym stan zatrudnienia w tej grupie zawodowej zwiększył się w badanym okresie z 15 osób na koniec 2018 r. do 18 osób na 30 września 2020 r.

(akta kontroli: tom II str. 1-6)

Poza wyżej wymienioną obsadą, na podstawie umowy o pracę zatrudniano tzw. inny personel medyczny²⁸ (trzy osoby), pozostały personel pomocniczy (dwie, a od 2020 r. trzy osoby), sekretarki medyczne (trzy, a od połowy 2020 r. cztery osoby).

Na podstawie umowy zlecenie zatrudniano dwie, a od końca 2019 r. jedną rejestratorkę.

W okresie poddanym analizie na stanowiskach administracyjnych²⁹ zatrudnionych było od ośmiu do dziewięciu osób. Dodatkowo w Przychodni zatrudniano pięciu pracowników obsługi (pracownicy gospodarczy).

W przypadku zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, obsada stanowisk według planu etatyzacji została w pełni zapewniona, (także w przypadku lekarzy specjalistów I i II stopnia) nie występowały wakaty. W analizowanym okresie nie zatrudniano lekarzy w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli: tom II str. 1-6)

W okresie objętym kontrolą w Przychodni zatrudniono ogółem 11 nowych

²⁵ Według stanu na 31 grudnia 2018 r. – 16 osób.

²⁶ Kwestię kwalifikacji poruszono w dalszej części tego wystąpienia pokontrolnego.

²⁷ 60% według stanu na 30 września 2020 r.

²⁸ Magister psychologii, fizjoterapii, analityki medycznej, itp.

²⁹ Dyrekcja przeciętnie dwie osoby, informatyk – jedna osoba, pozostali pracownicy administracji od pięciu do sześciu osób.

pracowników, w tym dwóch lekarzy³⁰ i pięć pielęgniarek. Kierownik wyjaśniła, że zatrudnienie personelu wynikało z potrzeby zabezpieczenia wykonywania świadczeń medycznych.

(akta kontroli: tom II str. 7-9)

Przychodnia korzystała z innych niż umowa o pracę form zatrudniania pracowników. Na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) zatrudniano przede wszystkim personel medyczny – na tej podstawie udzielało świadczeń od 19 do 20 osób, co w przeliczeniu stanowiło od 8,6 do 8,9 etatu. Było to, przede wszystkim, od 15 do 16 lekarzy³¹ (w tym ze specjalizacją I stopnia dwie osoby i ze specjalizacją II stopnia 10 osób), dwóch lekarzy dentyistów oraz dwie osoby z tzw. innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem. Na podstawie kontraktów nie zatrudniano pielęgniarek i położnych.

(akta kontroli: tom II str. 5-6)

W Przychodni świadczenia medyczne w POZ i AOS były zabezpieczone według wymagań kontraktu z NFZ. Wprowadzenie tzw. teleporad nie spowodowało zmian w zatrudnieniu kadry medycznej. Z wyjaśnień Kierownik wynikało, że sytuacja na rynku medycznym, w szczególności dotycząca kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej była bardzo trudna.

(akta kontroli: tom II str. 10)

3. Wydatki na wynagrodzenia realizowane³² na podstawie różnych form zatrudnienia³³ wynosiły w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. 4 760,2 tys. zł³⁴ ogółem. Stanowiło to 72,2% kosztów operacyjnych Przychodni wynoszących 6 591,1 tys. zł.

Wielkość wydatków na wynagrodzenia, a także ich udział w strukturze kosztów Przychodni, nie ulegał, w omawianym przedziale czasowym, istotnym zmianom³⁵. W kolejnych półroczach okresu poddanego analizie³⁶ było to odpowiednio 1 622,85 tys. zł, 1 635,44 tys. zł i 1 501,91 zł. Wydatki te, w kolejnych półroczach, stanowiły 72,6%, 66,7% i 72,6% kosztów operacyjnych Przychodni.

Wydatki na wynagrodzenia personelu medycznego wyniosły ogółem 2 519,16 tys. zł (w kolejnych półroczach 874,4 tys. zł, 898,2 tys. zł i 746,5 tys. zł). Wydatki te, stanowiły średnio 37% kosztów operacyjnych Przychodni i 53% wszystkich wydatków na wynagrodzenia.

Na wynagrodzenia w grupie pracowników spoza personelu medycznego wydatkowano ogółem 1 670,0 tys. zł (w kolejnych półroczach 567,45 tys. zł, 553,67 tys. zł i 549,60 tys. zł). Dotyczyło to m.in. wynagrodzeń pięciu rejestratorek (193,8 tys. zł), dziewięciu pracowników administracji (578,4 tys. zł), informatyka (64,2 tys. zł) oraz pięciu pracowników obsługi (220,7 tys. zł).

Wypłaty wynagrodzeń realizowane były na podstawie różnych form zatrudnienia: umów o pracę – 2 866,3 tys. zł (60,2%), umów zlecenia – 349,8 tys. zł (7,3%) oraz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (kontraktów) – 1 544,1 tys. zł (32,4%). Średnio w półroczach, koszty wynagrodzeń wypłacanych w oparciu o umowy o pracę wynosiły 955,4 tys. zł, koszty umów zlecenia wynosiły 116,6 tys. zł i koszty

³⁰ W jednym przypadku na okres zamknięty od 1 lutego 2019 r. do 30 czerwca 2019 r.

³¹ Według stanu na 31 grudnia 2018 r. – 16 kontraktów z lekarzami w kolejnych okresach 15 kontraktów.

³² Prezentowane dane odnoszą się do kolejnych półroczy analizowanego okresu według stanu na 30 czerwca 2019 r., na 31 grudnia 2019 r. i na 30 czerwca 2020 r. Dane prezentowane są chronologicznie.

³³ Wypłacanymi na podstawie umów o pracę (2 866,3 tys. zł), umów zlecenie (349,8 tys. zł) i umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (1 544,1 tys. zł).

³⁴ W dalszej części tego wystąpienia pokontrolnego operuje się kwotami wynagrodzeń brutto, chyba, że wyraźnie wskazano, że są to inne wielkości.

³⁵ Odchylenie standardowe 3,8%.

³⁶ Od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2019 r., od 1 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. i od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2020 r.

kontraktów wynosiły 514,7 tys. zł przy zbliżonej strukturze wynagrodzeń rozpatrywanych z punktu widzenia formy zatrudnienia.

(akta kontroli: tom II str. 11-25)

3.1. Od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r., koszt wynagrodzeń wypłaconych w ramach stosunku pracy wyniósł ogółem 2 866,3 tys. zł. Koszt ten, zwiększył się w analizowanym okresie z kwoty 946,2 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r. do kwoty 972,6 tys. zł w pierwszym półroczu 2020 r., tj. o 3%. Przyczyną zwiększenia były: zmiana stanu zatrudnienia oraz zwiększenie średniego miesięcznego wynagrodzenia przypadającego na jednego pracownika Przychodni, z kwoty 3 668,0 zł do kwoty 3 684,0 zł, tj. o 0,4%.

Koszt wynagrodzeń personelu medycznego wynosił ogółem 1 812,4 tys. zł (594,4 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r., 608,1 tys. zł w drugim półroczu 2019 r. i 609,9 tys. zł w pierwszym półroczu 2020 r.), tj. 63,2% kosztów poniesionych w ramach omawianej formy zatrudnienia³⁷.

Koszt zatrudniania lekarzy wyniósł 263,6 tys. zł ogółem, w tym w kolejnych półroczach odpowiednio 86,5 tys. zł, 87,8 tys. zł i 89,2 tys. zł. Średnie wynagrodzenie w tej grupie zawodowej wzrastało i w kolejnych półroczach wynosiło 7,2 tys. zł, 7,3 tys. zł i 7,4 tys. zł.

Koszt zatrudnienia pielęgniarek wynosił ogółem 1 148,7 tys. zł (378,3 tys. zł, 380,6 tys. zł oraz 389,7 tys. zł). Średnie wynagrodzenie pielęgniarek uległo zmniejszeniu z kwoty 3,7 tys. zł w pierwszym i drugim półroczu 2019 r. do kwoty 3,6 tys. zł w pierwszym półroczu 2020 r.

Koszt zatrudnienia trzech pracowników z tzw. innego personelu medycznego z wyższym wykształceniem³⁸ wynosił 194,6 tys. zł (w kolejnych półroczach 60,9 tys. zł, 67,5 tys. zł i 66,2 tys. zł).

Na podstawie umowy o pracę zatrudnionych zostało 28 z 30 pracowników spoza grona personelu medycznego. Koszt wynagrodzeń tych pracowników ogółem wynosił 1 632,3 tys. zł (w kolejnych półroczach 549,2 tys. zł, 536,4 tys. zł i 546,6 tys. zł). Na podstawie umowy o pracę zatrudniano trzy rejestratorki (koszt 155,4 tys. zł w okresie analizowanym, ze średnim wynagrodzeniem 2,7 tys. zł), dwie osoby personelu pomocniczego (koszt 99,4 tys. zł w okresie analizowanym, ze średnim wynagrodzeniem 2,7 tys. zł) oraz dziewięciu pracowników administracyjnych (koszt 578,4 tys. zł w okresie analizowanym, ze średnim wynagrodzeniem 3,7 tys. zł), informatyka (koszt 64,2 tys. zł, ze średnim wynagrodzeniem 3,5 tys. zł), pięciu pracowników obsługi (koszt 220,6 tys. zł ze średnim wynagrodzeniem 2,4 tys. zł).

(akta kontroli: tom II str. 11)

3.2. W analizowanym okresie na podstawie umowy zlecenie zatrudniano ogółem od ośmiu do 12 osób, których koszt wynagrodzenia wynosił 349,8 tys. zł (w kolejnych półroczach 141,8 tys. zł, 136,9 tys. zł, 70,9 tys. zł).

Wynagrodzenia personelu medycznego wynosiły ogółem 311,3 tys. zł (w kolejnych półroczach 123,6 tys. zł, 119,8 tys. zł, 67,9 tys. zł). Dotyczyło to lekarzy specjalistów I i II stopnia (koszt 248,8 tys. zł w całym analizowanym okresie średni koszt wynagrodzenia 2,3 tys. zł) oraz pielęgniarek (koszt w całym analizowanym okresie 62,6 tys. zł przy średnim wynagrodzeniu 1,2 tys. zł na umowę).

Koszt wynagrodzeń wypłaconych z tytułu umów zlecenia dla osób spoza personelu medycznego wynosił 38,4 tys. zł (w kolejnych półroczach 18,2 tys. zł, 17,2 tys. zł i 3,0 tys. zł) i dotyczył dwóch, a w pierwszym półroczu 2020 r. jednej rejestratorki.

³⁷ W tym m.in.: lekarze 63,6 tys. zł (tj. 9,2%), lekarze dentyści 205,5 tys. zł (7,2%), pielęgniarki i położne 1 148,70 tys. zł (40,1%).

³⁸ Magister psychologii, fizjoterapii.

Poza ww. nie zatrudniano innych osób na podstawie umowy zlecenia.

(akta kontroli: tom II str. 12)

3.3. Koszt wynagrodzeń wypłaconych na podstawie kontraktów wynosił ogółem 1 544,1 tys. zł (w kolejnych półroczach 534,7 tys. zł, 550,9 tys. zł, 458,4 tys. zł). Koszty te obejmowały wynagrodzenia lekarzy specjalistów I i II stopnia (ogółem w całym analizowanym okresie 1 419,5 tys. zł, średni miesięczny koszt kontraktu 5,3 tys. zł), dwóch lekarzy dentystów (ogółem w całym analizowanym okresie 68,7 tys. zł, średni miesięczny koszt kontraktu 1,8 tys. zł). Ponadto w formie kontraktu zatrudniano inny personel medyczny z wyższym wykształceniem, koszt ogółem w całym analizowanym okresie wynosił 55,8 tys. zł przy średnim miesięcznym koszcie kontraktu 1,7 tys. zł. Na podstawie kontraktów nie zatrudniano pielęgniarek.

(akta kontroli: tom II str. 12)

4. Analiza wykonania zadań z zakresu sprawozdawczości, tj. wypełniania sprawozdań (wynikających ze statystyki publicznej, zawartych kontraktów z NFZ itp.), wykazała, że w Przychodni obowiązkami w tym przedmiocie zajmowało się 13 osób ogółem, z tego dziewięć spośród personelu medycznego przekazywało dane niezbędne do sporządzenia sprawozdań. Pielęgniarki i położne przekazywały dane w zakresie następujących sprawozdań tj.: [1] starsza położna środowiskowo rodzinna – MZ-24 roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; [2] starsze pielęgniarki służby medycyny pracy (trzy osoby) – MZ-13 roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc, MZ-35A sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, MZ-35B sprawozdanie z działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami; [3] starsza pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania – MZ-14 roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej; [4] specjalista psychoterapii uzależnień – MZ-15 sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, sprawozdania z realizacji świadczeń w Psychiatrii i Leczeniu Uzależnień – sprawozdanie roczne (Instytut Psychiatrii i Neurologii); [5] starsza położna środowiskowo rodzinna – MZ-24 Roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; [6] pielęgniarka koordynująca i nadzorująca – MZ-06 sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Pozostałe sprawozdania³⁹ wykonywały osoby spoza personelu medycznego. Dane sprawozdawcze przekazywano na stanowisko informatyka gdzie wypełniano i przekazywano sprawozdania do właściwych podmiotów.

(akta kontroli: tom II str. 26-50)

Analiza zakresów obowiązków i uprawnień zatrudnionych w oparciu umowę o pracę dwóch lekarzy, dwóch asystentów poradni stomatologicznej oraz trzech pielęgniarek

³⁹ [1] ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; [2] Sprawozdawczość deklaracji POZ (lekarz, pielęgniarka, położna, medycyna szkolna) – raz w miesiącu; [3] Sprawozdawczość z wykonanych świadczeń we wszystkich zakresach umów – minimum raz w miesiącu; [4] Sprawozdawczość kolejek oczekujących; [5] Sprawozdawczość pierwszych wolnych terminów – przekazywane codziennie; [6] Informacja o aktualnej liczbie podopiecznych DPS, Placówek Socjalizacyjnych, Interwencyjnych, Resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza/pielęgniarki – dwa razy w roku (styczeń, lipiec); [7] Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych w POZ – półroczne i roczne; [8] Wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ – miesięczne; [9] Wykaz świadczeń obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów (zał. do umowy NiŚOZ – miesięczne); [10] Sprawozdanie Z-05 – sprawozdania kwartalne dot. badania popytu na pracę; [11] Sprawozdania MZ-11, MZ-88, MZ-89 – sprawozdania roczne; [12] Sprawozdanie o finansach podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego SPZOZ – sprawozdanie roczne; [13] Kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej; [14] Struktura zobowiązań w poszczególnych SPZOZ – sprawozdanie kwartalne.

wykazała, że w przypadku przywołanych lekarzy oraz asystentów poradni protetyczno-stomatologicznej zakresy obowiązków nie zawierały zapisów, które zobowiązywałyby pracowników do wykonywania jakichkolwiek czynności administracyjnych, sprawozdawczych poza prowadzeniem wymaganej odrębnymi przepisami dokumentacji medycznej. W przypadku pielęgniarek zapisano, że do obowiązków na stanowisku pracy należy m.in.: [1] wypisywanie druków ZUS ZLA, [2] rejestrowanie pacjentów zgłaszających się do lekarza POZ w formie osobistej, telefonicznej, oraz przez osoby trzecie, [3] sprawdzanie uprawnień zdrowotnych pacjentów, [4] zakładanie i sprawdzanie kart historii chorobowych, [5] przyjmowanie deklaracji wyboru lekarza POZ oraz pielęgniarek środowiskowych, [6] prowadzenie dokumentacji z codziennych przyjęć pacjentów korzystających ze świadczeń poszczególnych lekarzy POZ, [7] przyjmowanie opłat i obsługiwanie kasy fiskalnej od pacjentów korzystających ze świadczeń nieobjętych NFZ.

W toku kontroli trzy pielęgniarki, złożyły oświadczenie, że nie wykonują zadań niezwiązanych bezpośrednio z powierzonym zakresem obowiązków i procesem leczenia, a ponadto wskazały, że cała wytwarzana dokumentacja jest związana z wykonywanymi czynnościami diagnostyczno-pielęgnacyjnymi. Pielęgniarki oświadczyły także, że w cyklu miesięcznym przekazują dane niezbędne do sporządzania sprawozdań w zakresie wykonywanych przez nie zadań.

(akta kontroli: tom II str. 27-50)

Kierownik wyjaśniła, że: specyfika pracy w Przychodni Rejonowej (np. jednoosobowe stanowiska pielęgniarki w gabinetach specjalistycznych) wymusza od pracowników medycznych wykonywanie również czynności administracyjnych takich jak: zakładanie historii choroby, rejestracja pacjentów czy też odbieranie od pacjentów deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki oraz położnej środowiskowej oraz innych czynności wymienionych w zakresie obowiązków.

(akta kontroli: tom II str. 110)

5. Spośród 20 osób z grona pielęgniarek i położnych (18 pielęgniarek i dwie położne) trzy pielęgniarki legitymowały się wykształceniem wyższym, w tym dwie wyższym magisterskim z tytułem zawodowym „magister pielęgniarstwa”, a jedna z tytułem „licencjat pielęgniarstwa”. Pozostałe 15 pielęgniarek posiadało wykształcenie średnie medyczne. Jedna pielęgniarka posiadała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, pozostałe pielęgniarki ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i inne. Dwie położne legitymowały się wykształceniem średnim medycznym w specjalizacji położnictwo.

Kwalifikacje formalne pielęgniarek odpowiadały wymaganiom określonym w art. 7 i 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁴⁰ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴¹.

Staż zawodowy pielęgniarek w siedmiu przypadkach wynosił ponad 40 lat pracy w zawodzie, w kolejnych siedmiu przypadkach było to od 38 do 40 lat pracy w zawodzie, w czterech przypadkach od 30 do 37 lat pracy w zawodzie i pozostałych dwóch było to 12 i 13 lat pracy w zawodzie.

(akta kontroli: tom II str. 51)

6.1. Analiza obciążenia pracą lekarzy POZ i AOS w Przychodni wykazała, że ogółem w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. lekarze udzielili 75 237 porad, z czego 67 506 porad udzielono w Przychodni w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a 17 121 jako teleporady (porad w formie telefonicznej nie

⁴⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

⁴¹ Dz.U. Nr 151, poz. 896.

udzielano w pierwszym i drugim półroczu 2019 r.). W kolejnych półroczach było to: w pierwszym półroczu 2019 r. 27 204 porady ogółem, w tym 18 646 porad udzielonych przez lekarzy POZ i 8 558 porad lekarzy AOS; w drugim półroczu 2019 r. ogółem 25 876 porad w tym 18 005 udzielonych przez lekarzy POZ i 7 871 udzielonych przez lekarzy AOS; w pierwszym półroczu 2020 r. ogółem 22 157 porad, w tym 15 659 porad udzielonych przez lekarzy POZ i 6 498 porad udzielonych przez lekarzy AOS. W pierwszym półroczu 2020 r. udzielonych zostało 7 731 teleporad, z tego 5 822 teleporad udzielili lekarze POZ, a 1 909 lekarze AOS.

Analiza obciążenia pracą wykazała, że w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. liczba udzielonych porad ogółem zmalała o 18,5%, z czego o 16% zmniejszyła się liczba porad udzielonych przez lekarzy POZ, a o 24,1% zmniejszyła się liczba porad udzielonych przez lekarzy AOS. Kierownik Przychodni wyjaśniła, że powyższe wynikało z sytuacji pandemicznej, a porównanie liczby porad udzielonych przez lekarzy AOS w 2019 r. wskazuje, że w obu półroczach odnotowano zbliżoną liczbę porad, tj. 8 558 w pierwszym półroczu i 7 871 w drugim półroczu, tj. spadek liczby o 8,0%.

Zasadniczym zmianom nie uległa średnia liczba porad udzielana przez jednego lekarza, w kolejnych półroczach analizowanego okresu było to 2 071 w pierwszym półroczu 2019 r., 2 000 w drugim półroczu 2019 r. i 1 957 porad w pierwszym półroczu 2020 r. (średnio 1 229 porad udzielonych w Przychodni i 727 teleporad).

W analizowanym okresie, o 13,3%, ze 158 do 130 godzin, zmniejszył się, liczony według harmonogramów pracy, czas udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy.

(akta kontroli: tom II str. 52-66)

6.2. Przychodnia nie korzystała z możliwości zlecenia pielęgniarce i położnym samodzielnego udzielania porad w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jako kontynuacji leczenia. Kierownik wyjaśniła, że wszelkie porady, także w ramach kontynuacji leczenia, zapewnione zostały w ramach funkcjonującego trybu pracy Przychodni i nie było potrzeby zlecenia pielęgniarce lub położnym samodzielną kontynuacji leczenia.

(akta kontroli: tom II str. 53, 111)

6.3. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. prowadzone w Przychodni ewidencje umożliwiały ustalenie liczby następujących dokumentów:

[1] recepty: wystawiono ogółem 49 147 szt., z tego w POZ 36 197 szt. i w AOS 12 950 szt. Średnio lekarz udzielający świadczenia wystawił 2 003 recepty, w tym lekarz POZ średnio 4 188 recept, a lekarz AOS 818 recept. W kolejnych półroczach badanego okresu wystawiono 14 264, 17 668 i 17 215 szt. recept z tego w POZ 10 594, 13 622 i 11 981 szt., a w AOS 3 670, 4 046 i 5 236 szt. recept.

Liczba wystawionych recept zwiększyła się w analizowanym okresie o 20% ogółem. W pierwszym półroczu 2020 r. lekarze POZ wystawili o 43%, a lekarze AOS o 13% więcej niż w pierwszym półroczu 2019 r. Wzrost, o którym mowa, nastąpił w drugim półroczu 2019 r., a liczba wystawianych recept utrzymała się na zbliżonym poziomie do końca półrocza 2020 r.

[2] Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego: ogółem wystawiono 23 sztuki, średnio 0,93 karty na jednego lekarza. Lekarze POZ wystawili 22 karty, lekarz AOS jedną kartę. W kolejnych półroczach analizowanego okresu było to siedem, 10 i sześć kart, z czego lekarze POZ wystawili sześć, 10 i sześć kart, a lekarz AOS jedną w I połowie 2019 r.

[3] Zwolnienia lekarskie: ogółem w analizowanym okresie wystawiono 3 393 zwolnienia, z tego lekarze POZ wystawili 2 602, a lekarze AOS 791 zwolnień.

W kolejnych półroczach badanego okresu wystawiono 1 240, 1 389 i 764 zwolnienia z tego lekarze POZ wystawili 1 207, 1 090 i 305 zwolnień, a lekarze AOS 33, 299 i 459 zwolnień. Istotny spadek liczby wystawionych zwolnień (o 34%) wystąpił w pierwszym półroczu 2020 r. i miał, jak wyjaśniano, związek z pandemią COVID-19.

[4] Skierowania do poradni specjalistycznej: ogółem w analizowanym okresie lekarze POZ wystawili 4 839 skierowań do poradni specjalistycznych. Brak było danych o liczbie skierowań do poradni specjalistycznych wystawionych przez lekarzy AOS. W kolejnych półroczach analizowanego okresu liczba wystawionych skierowań zmniejszała się, lekarze POZ wystawili 2 466, 1 984 i 389 skierowań.

[5] Skierowania na badania diagnostyczne obrazowe: ogółem w analizowanym okresie wystawiono 964 takie skierowania, z czego 465 szt. wystawili lekarze POZ, a 499 szt. lekarze AOS. W kolejnych półroczach analizowanego okresu lekarze POZ wystawili 191, 180 i 90, a lekarze AOS 180, 176 i 135 tego typu skierowań. Średnia liczba skierowań przypadająca na jednego lekarza wynosiła 38,8, przy czym lekarze POZ wystawiali średnio po 52,9 skierowania, a lekarze AOS 33,3. Istotny, o 34% spadek liczby wystawionych skierowań, miał miejsce w pierwszym półroczu 2020 r.

[6] Skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej: ogółem w analizowanym okresie wystawiono 17 918 tego rodzaju skierowań, przy czym lekarze POZ wystawili 16 254 skierowania, a lekarze AOS 1 664. W kolejnych półroczach analizowanego okresu wystawiono: 9 644 skierowania (z czego lekarze POZ wystawili 8 989, a lekarze AOS 655), 6 663 skierowania, (z czego lekarze POZ wystawili 6 049, a lekarze AOS 614) i 1 611 skierowań w pierwszym półroczu 2020 r. (z czego lekarze POZ wystawili 1 216, a lekarze AOS 395).

Średnio lekarze udzielający świadczeń wystawili 707,5 skierowania, średnia liczba skierowań przypadająca na jednego lekarza POZ wynosiła 1 822 szt., a na lekarza AOS 109 szt.

[7] Skierowania do sanatorium: ogółem, w analizowanym okresie wystawiono 101 skierowań tego typu, przy czym 90 zostało wystawionych przez lekarzy POZ, a 11 przez lekarzy AOS. W kolejnych półroczach analizowanego okresu było to odpowiednio 43 skierowania (41 wystawili lekarze POZ, dwa lekarze AOS), 43 szt. (39 wystawili lekarze POZ, a trzy szt. lekarze AOS) oraz w pierwszym półroczu 2020 r. wystawiono 15 tego typu skierowań (10 przez lekarzy POZ i pięć szt. przez lekarzy AOS).

[8] Przychodnia nie dysponowała ewidencją skierowań do szpitala wystawionych w 2019 r. Z danych dostępnych za I półrocze 2020 r. wynikało, że lekarze POZ wystawili ogółem 189 tego typu skierowań. Brak było danych o skierowaniach tego typu wystawionych przez lekarzy AOS.

[9] Przychodnia nie dysponowała ewidencją zleceń na transport sanitarny wystawionych w 2019 r. Z danych dostępnych za I półrocze 2020 r. wynikało, że lekarze POZ wystawili ogółem 89 takich zleceń. Brak było danych o skierowaniach tego typu wystawionych przez lekarzy AOS.

Przychodnia nie dysponowała danymi w zakresie wystawionych: [1] zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, [2] wydanych zaświadczeń lekarskich, [3] informacji dla lekarza POZ/lekarza kierującego.

Z prowadzonej w Przychodni ewidencji do celów podatkowych wynikało, że w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. wystawiono odpłatnie, na życzenie pacjenta, dwa zaświadczenia. Należność za usługę pobrana została w wysokości zgodnej z obowiązującym w Przychodni cennikiem, przed wydaniem zaświadczenia. Z ewidencji księgowej Przychodni wynikało, że na koniec poszczególnych półroczy (I półrocze 2019 r., II półrocze 2019 r. i I półrocze 2020 r.)

analizowanego okresu nie wstąpiły należności z tytułu świadczenia usługi wydania płatnego zaświadczenia.

(akta kontroli: tom II str. 54)

7. Analizą czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej objęto łącznie 115 porad (udzielonych przez dziewięciu lekarzy⁴² Przychodni⁴³), z których: 18 stanowiły porady pierwszorazowe⁴⁴; 30 dotyczyło kontynuacji leczenia⁴⁵ oraz 67 stanowiły teleporady.

Dla porad pierwszorazowych łączny czas trwania porady wyniósł średnio 24 minuty⁴⁶ (minimalnie 10 minut, maksymalnie 40 minut), w tym: badanie podmiotowe średnio 9 minut 30 sekund (minimalnie 3 minuty, maksymalnie 25 minut); badanie przedmiotowe średnio 7 minut 50 sekund (maksymalnie do 15 minut); wypełnianie dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych w ramach porady średnio 6 minut 45 sekund (minimalnie 4 minuty, maksymalnie 10 minut). Łączny średni czas trwania badania pierwszorazowego (podmiotowego i przedmiotowego) wynosił 17 minut 20 sekund⁴⁷ i stanowił średnio 71,9% łącznego czasu trwania porady⁴⁸.

Dla kontynuacji leczenia łączny czas trwania porady wyniósł średnio 18 minut (minimalnie 6 minut, maksymalnie 30 minut), w tym: badanie podmiotowe średnio 6 minut 50 sekund (minimalnie 2 minuty, maksymalnie 15 minut); badanie przedmiotowe średnio 6 minut 10 sekund (maksymalnie do 15 minut); wypełnianie dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych w ramach porady średnio 5 minut (minimalnie 2 minuty, maksymalnie 10 minut). Łączny średni czas trwania badania podmiotowego i przedmiotowego przy kontynuacji leczenia wynosił 13 minut⁴⁹ i stanowił średnio 72,2% łącznego czasu trwania porady⁵⁰.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe w bezpośrednim kontakcie z pacjentem⁵¹ lekarze przeznaczali średnio ponad 72% czasu trwania porady, a niecałe 28% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Dla teleporad łączny czas ich trwania wyniósł średnio 12 minut 20 sekund (minimalnie 3 minuty, maksymalnie 25 minut), z czego na: badanie podmiotowe średnio 6 minut 50 sekund (do maksymalnie 15 minut); wypełnianie dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych w ramach porady średnio 5 minut 30 sekund (maksymalnie do 12 minut).

(akta kontroli: tom I str. 291-307)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niezgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej* nie zgłoszono Wojewodzie Dolnośląskiemu prowadzącemu Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wszystkich zmian danych objętych tym rejestrem, przez co Księga Rejestrowa Przychodni zawierała nieaktualne dane, tj. brak było wpisów o prowadzeniu w Przychodni poradni hematologicznej i poradni diabetologicznej.

Kierownik wyjaśniła, że przy aktualizacji Regulaminu organizacyjnego dopisano poradnie diabetologiczną i hematologiczną z uwagi na ich planowe

⁴² W tym trzech POZ.

⁴³ Wystąpiono o dane do łącznie 20 lekarzy. Część z lekarzy odmówiła ich przekazania, a jako powód odmowy wskazali, m.in.: brak czasu na dodatkowe czynności administracyjne w czasie udzielania porad; niechęć w wypełnianiu formularzy.

⁴⁴ Pacjent zgłosił się po raz pierwszy na poradę w danej poradni.

⁴⁵ Pacjent zgłosił się na poradę kolejny raz.

⁴⁶ Dokładnie 24 minuty 5 sekund.

⁴⁷ Minimalny łączny czas badania to 6 minut, a maksymalny to 30 minut.

⁴⁸ Dla 38,9% porad pierwszorazowych, łączny czas badania nie przekraczał 70% czasu porady.

⁴⁹ Minimalny łączny czas badania to 3 minuty, maksymalny to 25 minut.

⁵⁰ Dla 33,3% kontynuacji leczenia, łączny czas badania nie przekraczał 70% czasu porady.

⁵¹ Dotyczy porad pierwszorazowych oraz kontynuacji leczenia.

zakontraktowanie z NFZ, który nie ogłosił jednak nowych postępowań konkursowych (...) w związku z czym świadczenia te nie są udzielane w ramach umowy z NFZ.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

(akta kontroli: tom I str. 47-89, 322-326; tom II str. 79-96)

2. Do dnia 26 listopada 2020 r. nie dokonano zgłoszenia do NFZ zmian w harmonogramie-zasoby, w zakresie nieudzielania świadczeń zdrowotnych przez czterech lekarzy Przychodni, tj.: [1] od marca 2020 r.; [2] od sierpnia 2019 r.; [3] od sierpnia 2020 r.; [4] od lipca 2019 r., czym naruszono § 6 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁵², nakazujący ich zgłoszenie niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Kierownik wyjaśniła, że: [ad. 1] lekarz zmarł w październiku 2020 r., [ad. 2] lekarz nie przyjmuje od sierpnia 2019 r. z uwagi na urlop macierzyński. W lutym 2020 r. zadeklarowała powrót do pracy, jednakże z uwagi na epidemię covid-19 wstrzymała decyzję o podjęciu pracy, [ad. 3,4] lekarze zostaną usunięci z potencjału lekarzy.

(akta kontroli: tom I str. 265-290, 322-329)

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja pracy personelu medycznego, zakres realizowanych zadań administracyjnych oraz ich podział pomiędzy personel medyczny i niemedyczny stwarzał w Przychodni warunki dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych. W toku kontroli stwierdzono jednak, że pielęgniarki i położne zaangażowane były również w realizację niektórych czynności o charakterze administracyjnym.

Personel medyczny wspierający pracę lekarzy posiadał wymagane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Przychodnia kontynuowała udzielanie porad w formie stacjonarnej i zapewniła dostępność ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii SARS-CoV-2, zaś udzielanie teleporad stanowiło uzupełnienie podstawowego, stacjonarnego trybu pracy placówki. W Przychodni zapewniono dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, pomimo odmiennej od postanowień umowy z NFZ jej faktycznej realizacji.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta (w przypadku porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) lekarze przeznaczali średnio ponad 72% czasu trwania porady, a niecałe 28% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1. W Przychodni do obsługi działalności medycznej wykorzystywany był system mMedica, a do obsługi działalności administracyjnej oraz finansowej system SAGE Symfonia⁵³ oraz PŁATNIK⁵⁴. Licencje dla funkcjonujących na dzień 20 października 2020 r., systemów zostały zakupione w 2020 r., tj. mMedica w dniu 15 stycznia

⁵² Dz.U. poz. 320, ze zm.

⁵³ Elementy składowe: [1] Sage 50 cloud, [2] Sage Symfonia 2.0, [3] Sage Kadry i Place Standard One Payroll.

⁵⁴ Program bezpłatny udostępniony przez ZUS.

2020 r., a Symfonia w dniu 28 lutego 2020 r. Wymienione powyżej systemy nie stanowiły zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio, a każdy z nich funkcjonował bez udziału podsystemów. W ramach systemów informatycznych wdrożono następujące e-usługi: e-Zwolnienia, e-Recepta oraz e-Sprawozdania (dotyczące działalności finansowej).

(akta kontroli: tom I str. 3-10, 124-146)

Użytkowany system mMedica⁵⁵ posiadał m.in. następujące moduły: [1] program podstawowy z modulem Plus, Rozliczenia z NFZ i Gabinet; [2] moduł personalizacyjny; [3] moduł Elektroniczna dokumentacja medyczna; [4] moduł eKopia w Chmurze Asseco. Każdy z elementów wykorzystywali pracownicy Przychodni.

Przez funkcjonalności systemu mMedica, była możliwa m.in.: ewidencja deklaracji, rezerwacja⁵⁶, obsługa i zarządzanie rozliczeniami z NFZ.

W 2019 r. zakupiono 15 rocznych licencji mMedica, a w 2020 r. 20 licencji. Kierownik poinformowała, że: *Zwiększenie ilości licencji związane było z rozbudową o kolejne stanowiska komputerowe na potrzeby wdrażanego obowiązku prowadzenia recept w formie elektronicznej od 1 stycznia 2020 r.*

(akta kontroli: tom I str. 3-10, 92-108, 110-115)

Dostęp do programu mMedica posiadało łącznie 34 użytkowników, w tym pięć rejestratorek, siedem pielęgniarek i położnych, informatyk oraz 21 lekarzy.

Na podstawie § 20 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych⁵⁷ prowadzono inwentaryzację zasobów informatycznych dotyczącą 25 lokalizacji, w tym 18 medycznych. W wyniku przeprowadzonych w dniu 30 października 2020 r. oględzin 10 wybranych lokalizacji medycznych, stwierdzono kompletność i aktualność informacji dotyczących sprzętu informatycznego⁵⁸ oraz oprogramowania.

(akta kontroli: tom I str. 3-10, 110-115)

2. Na zakup, rozbudowę lub eksploatację systemów informatycznych w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 września 2020 r. wydatkowano łącznie 36,9 tys. zł (w całości ze środków własnych Przychodni), w tym w 2019 r. 19,0 tys. zł, a do 30 września 2020 r. 17,9 tys. zł. Z przywołanych środków finansowych na zakup sprzętu komputerowego wydatkowano odpowiednio 7,4 tys. zł (tj. 38,8%) i 2,5 tys. zł⁵⁹ (13,8%). Główną pozycję wydatków stanowiły zakup rocznych licencji i subskrypcji na oprogramowanie do obsługi Przychodni, na które wydatkowano odpowiednio 11,6 tys. zł i 15,4 tys. zł. W badanym okresie nie ponoszono wydatków na konserwację, serwis, asystę techniczną, naprawy systemu informatycznego, bądź jego rozbudowę. System był serwisowany przez informatyka zatrudnionego na podstawie umowy o pracę.

(akta kontroli: tom I str. 124-146)

⁵⁵ Na dzień 6 listopada 2020 r. Przychodnia nie posiadała modułu Dokumentacja Pielęgniarska, Rejestracja oraz Rehabilitacja (brak oferty mMedica).

⁵⁶ Rejestracja wizyt dokonywana m.in. przez rejestratorki.

⁵⁷ Dz.U. z 2017 r. poz. 2247.

⁵⁸ W każdym pomieszczeniu znajdował się przynajmniej jeden zestaw komputerowy z urządzeniem drukującym.

⁵⁹ Odpowiednio sześć i dwie pozycje wydatków.

3. Największe pozycje wydatków w 2019 r. i do 30 września 2020 r. stanowiły zakup od producenta licencji⁶⁰ systemu mMedica odpowiednio: za kwotę 7,9 tys. zł (na 15 stanowisk) oraz za 10,6 tys. zł (na 20 stanowisk).

W obowiązującym w Przychodni *Regulaminie udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwot 30 000 Euro*⁶¹, wskazano w § 3, że zamówienia, których wartość szacunkowa nie przekracza kwoty 4 000 euro (jednorazowe wydatki Przychodni ponoszone do tej kwoty), miały być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, w sposób umożliwiający terminową realizację zadań⁶².

Kierownik wyjaśniła, że: *Licencje na oprogramowanie mMedica odnawiano rokrocznie bezpośrednio za pomocą usługi licencjonowania producenta z pominięciem pośredników, dokonywano po telefonicznym rozeznaniu rynku wśród dystrybutorów, którzy pobierają dodatkową marżę instalacyjną.*

(akta kontroli: tom I str. 2, 92-108, 124-146)

4. Zarządzeniem Kierownika nr 9/2018 z dnia 29 czerwca 2018 r. wprowadzono w Przychodni Regulamin Ochrony Danych Osobowych (dalej: *Regulamin ochrony danych*), w którym uregulowano m.in. Politykę bezpieczeństwa oraz Instrukcję Zarządzania System Informatycznym.

W wyniku analizy kontrolnej stwierdzono, że wykorzystywany system informatyczny mMedica co do zasady spełniał wymagania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, wynikające z § 1 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶³.

Sformułowane w tym zakresie zastrzeżenie dotyczyło m.in. braku możliwości zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM (jak i HL7). W pozostałym zakresie system mMedica zapewniał: [1] integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione; [2] stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych⁶⁴; [3] identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu, widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja dokumentu, wraz z informacją o użytkowniku dokonującego modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej⁶⁵; [4] podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego (przez pracowników administracji w działalności niemedycznej) oraz podpis PUE-ZUS⁶⁶ przez lekarzy; [5] informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji; [6] zapewniał wymagane przez § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej przyporządkowanie cech informacyjnych⁶⁷ dla odpowiednich rodzajów dokumentacji⁶⁸, a także [7] możliwość

⁶⁰ W każdym przypadku obejmowały moduł: [1] rozliczenia z NFZ, plus, gabinet; [2] personalizacyjny; [3] elektronicznej dokumentacji medycznej; [4] eKopia w chmurze producenta.

⁶¹ Stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia nr 1/2019 Kierownika Przychodni z dnia 15 stycznia 2019 r. (obowiązującego od 1 stycznia 2019 r.).

⁶² Tj. zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).

⁶³ Dz.U. poz. 666, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁶⁴ Dostęp do dokumentacji posiadał jedynie upoważniony pracownik przychodni, która była niedostępna dla osób nieuprawnionych.

⁶⁵ Pracownicy Przychodni nie mieli dostępu do logowania zmian dokumentacji medycznej bezpośrednio w bazie danych, a każdorazowa zmiana (edycja) w wytworzonej dokumentacji medycznej elektronicznej wymagała ponownej autoryzacji wizyty.

⁶⁶ Platformę Usług Elektronicznych udostępnionej przez ZUS.

⁶⁷ Tj. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie diagnostyczne, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu. Podpis stosowano dla e-Sprawozdań (finansowych) oraz e-Recepty i e-Zwolnienia, mimo możliwości podpisywania pełnej dokumentacji medycznej.

⁶⁸ Np. skierowanie do laboratorium, Historia zdrowia i choroby, Historia wizyt, Skierowania do pracowni diagnostycznej, Informacja dla lekarza kierującego/POZ, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

wydruku dokumentacji medycznej.

(akta kontroli: tom I str. 147-196, 200-226)

5. Dokumentacja medyczna prowadzona była przez 21 lekarzy POZ/AOS w postaci papierowej⁶⁹, a przez jednego lekarza POZ elektronicznie⁷⁰. E-receptę drukowano na życzenie pacjenta. Pielęgniarki i położne środowiskowe prowadziły dokumentację w formie papierowej w zakresie sprawozdawczości z NFZ (wizyty patronażowe) ze względu: na konieczność potwierdzania przez pacjentów udzielenia świadczenia/czynności pielęgniarskich, brak mobilnych urządzeń do ewidencji tych danych medycznych oraz brak zakupionych modułów do systemu mMedica je obsługujących. Program mMedica był serwisowany przez specjalistę informatyka zatrudnionego na podstawie umowy o pracę oraz upoważnionego do przetwarzania danych osobowych (upoważnienie udzielone w dniu 29 czerwca 2018 r.). Użytkownik posiadał zabezpieczenia takie jak indywidualny login i hasła do systemu mMedica⁷¹. System mMedica był zabezpieczony przed nieautoryzowanym dostępem. Uprawnienia dostępu nadawano wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska. Uprawnienia do przetwarzania danych osobowych umożliwiały ich dopasowanie do pełnionej funkcji oraz posiadanych kompetencji. Dostęp do systemu mogły posiadać osoby w zależności od wykonywanych czynności służbowych lub postanowień umownych. Wniosek o nadanie/modyfikację uprawnień do systemu informatycznego kierowano na pisemne polecenie administratora (Kierownika) i realizowany przez administratora systemu (informatyka) w celu nadania uprawnień w systemie zgodnie z procedurą nadawania i odbierania uprawnień do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych. Do obsługi systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych mogła być dopuszczona wyłącznie osoba posiadająca uprawnienie do przetwarzania danych w systemach komputerowych. Stwierdzone cztery przypadki nieudzielenia wymaganych *Regulaminem ochrony danych* upoważnień pracownikom Przychodni⁷² opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Mające dostęp do systemu mMedica pielęgniarki (trzy osoby), położne (dwie osoby), rejestratorki (pięć osób) oraz pomocniczy personel⁷³ (dwie osoby) nie tworzyły dokumentacji medycznej, a ich dostęp do systemów opierał się na rejestrach pacjentów, uzupełnieniu statystyki do NFZ, weryfikacji eWUŚ, wprowadzaniu i weryfikacji deklaracji POZ.

Mimo posiadania w latach 2019-2020 (do 25 listopada) modułu mMedica umożliwiającego prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej⁷⁴, 21 z 22 lekarzy prowadziło dokumentację medyczną w formie papierowej. Kierownik wyjaśniła, że obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wchodzi z dniem 1 stycznia 2021 r., a zakup modułu związany był z przygotowaniem odpowiednich warunków do prowadzenia wymaganej od 1 stycznia 2020 r. dokumentacji w formie elektronicznej. Dodatkowo: *biorąc pod uwagę trudność w posługiwaniu się komputerem przez lekarzy seniorów e-dokumentacja nie została*

⁶⁹ System informatyczny służył tylko do wystawiania e-recept, e-zwolnień lekarskich, drukowania skierowań, weryfikacji refundacji leków w ramach dostępnej w systemie mMedica bazy danych Pharmindex. *Historię zdrowia i choroby* prowadzono w kartotekach papierowych pacjenta.

⁷⁰ Poprzez system mMedica lekarze prowadzący dokumentację papierową posiadali dostęp do zapisów dokumentacji elektronicznej pacjentów, a lekarz prowadzący dokumentację elektroniczną z zapisami w systemie mMedica dotyczących wizyt pacjenta u innych lekarzy POZ.

⁷¹ Zabezpieczenie na poziomie indywidualnego identyfikatora użytkownika oraz hasła o minimalnej długości ośmiu znaków, zawierających kombinację dużych i małych liter oraz cyfr lub znaków specjalnych. Zmiana hasła następowała co 30 dni, zgodnie z Regulaminem ochrony danych.

⁷² Wśród wspomnianych pracowników tylko jeden (lekarz psychiatra) był użytkownikiem systemu.

⁷³ Pomoc stomatologiczna oraz starsza higienistka stomatologiczna.

⁷⁴ Moduł *Elektroniczna dokumentacja medyczna dla wersji +*, na który wydatkowano w 2019 r. kwotę 18,45 zł brutto, a w 2020 r. 24,60 zł brutto.

wdrożona, natomiast stopniowo wdrożone zostały elementy elektronicznej dokumentacji medycznej, takie jak eZLA, EZWM⁷⁵, czy eRecepta.

(akta kontroli: tom I str. 92-108, 147-196, 256-262)

6. W wyniku analizy kontrolnej, ustalono m.in., że wykorzystywany w Przychodni system informatyczny stanowił co do zasady sprawne narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono w tym zakresie zastrzeżenia, które dotyczyły w szczególności: [1] braku integracji systemu mMedica z systemami do obsługi pracowni diagnostycznych, a w konsekwencji system ten nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej – skutkowało to niezapewnieniem interaktywnych wyników diagnostycznych i koniecznością manualnego wprowadzania podczas wizyty tych wyników przez lekarzy do systemu; [2] niewykorzystywania do komunikacji z NFZ interfejsu dostępowego z wykorzystaniem usług sieciowych, w oparciu o mechanizm WSBroker, a jedynie wykorzystywał automatyzację skrzynki pocztowej NFZ; [3] braku modułu e-Rejestracja i m-Powiadomienia – Przychodnia nie prowadziła elektronicznej rejestracji usług na wizyty w przychodni, opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy POZ i specjalistów oraz nie miała możliwość wysyłki powiadomień pacjentowi (w formie e-mail lub wiadomości sms) o aktualnym statusie zapisu na wizytę.

Badany system posiadał jednak pozostałe funkcjonalności/rozwiązania usprawniające pracę personelu medycznego, gdyż m.in.:

- umożliwiał pracę w jednostkach organizacyjnych Przychodni w dwóch lokalizacjach (przy ul. Piłsudskiego 10 i ul. Moniuszki 6)⁷⁶;
- oferował dostęp do najczęściej używanych funkcji zlokalizowany w jednym oknie tak, aby wykonanie prostej czynności nie wymagało wielokrotnego przełączania się między oknami;
- umożliwiał wgląd do wpisów z poprzedniej wizyty/poprzednich wizyt; pozwalał na tworzenie własnych notatek w komentarzu, po autoryzacji wizyty; pozwalał na archiwizowane e-recept, które można było automatycznie wystawić ponownie na podstawie danych z poprzedniej recepty i dodatkowo można było wystawić receptę na przyszły okres;
- pozwalał na przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ; pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego na podstawie ustalonego harmonogramu zadań⁷⁷;
- zapewniał interoperacyjność (tj. gotowość do współpracy) z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (interoperacyjność z platformą w ramach tzw. Systemu P1) w zakresie e-recepta i e-skierowanie;
- umożliwiał wystawianie zwolnień elektronicznych oraz zapewniał integrację z ZUS, w celu umożliwienia pobrania listy zakładów pracy pacjenta;

⁷⁵ Elektroniczne zlecenie na wyroby medyczne.

⁷⁶ Lokalizacje objęte dostępem do sieci Internet poprzez sieć lokalną zestawioną pomiędzy węzłem dostępowym TIMNET z ww. lokalizacjami. System zezwalał na udostępnianie danych pacjenta, lecz nie posiadał modułu obsługującego wyniki badań laboratoryjnych.

⁷⁷ Przychodnia nie generowała automatycznie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń – generowanie odbywało się przez wyznaczonego informatyka.

- był zintegrowany z systemem Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta;
- posiadał dostęp do aktualizowanej⁷⁸ automatycznie bazy leków "Pharmindex", dotyczącej charakterystyki produktu leczniczego, kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych;
- miał automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10, które znacznie upraszczają tworzenie dokumentacji oraz skracają czas potrzebny na formalności podczas wizyty – użytkownik miał do nich dostęp z poziomu modułu Gabinet przy ewidencji wizyty;
- miał zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, wydawanych zaświadczeń, informacji dla lekarza kierującego wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom, z możliwością ich m.in.: ewidencjonowania, drukowania;
- zapewniał możliwości niezależnego uzupełniania dokumentów przez poszczególne grupy personelu (lekarz, rejestratorka) bez wzajemnej blokady uzupełniania danego dokumentu oraz z możliwością podglądu wprowadzonej informacji przez inną grupę.

(akta kontroli: tom I str. 147-196, 256-262, 328)

Liczba udzielonych w 2019 r. świadczeń (według przeglądu wizyt w mMedica) wyniosła 61 082, z których dla 38 wizyt nie potwierdzono uprawnień do świadczeń na podstawie weryfikacji eWUŚ, ani też na podstawie złożonego oświadczenia, a do 30 września 2020 r. odpowiednio 36 026 i 36. W 2019 r. i do 30 września 2020 r. złożono odpowiednio 619 i 311 oświadczeń pacjentów o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, które to dokumenty gromadzono w Sekretariacie Przychodni.

(akta kontroli: tom I str. 256-262, 328)

Kierownik wyjaśniła, że w Przychodni nie wprowadzono procedur zgłaszania awarii⁷⁹, które zwyczajowo zgłaszano na bieżąco telefonicznie zatrudnionemu informatykowi. Według prowadzonego w Przychodni *Rejestru awarii systemu informatycznego*, wystąpiło po 12 awarii w 2019 r. i do 30 października 2020 r., z których: 11 dotyczyło utrudnień w korzystaniu z eWUŚ; dwie dotyczyły braku dostępu z Portal Świadczeniodawcy; sześć dotyczyło problemów sprzętowych; pięć dotyczyło braku dostępu do internetu. Każdą z awarii usunięto w dniu zgłoszenia.

(akta kontroli: tom I str. 40-46, 197-199)

Według opinii personelu medycznego⁸⁰ na temat wykorzystywanego w Przychodni systemu informatycznego: 93,7% osób wskazało, że jest narzędziem wspierającym pracę⁸¹, a 100% stwierdziło, że odbyło przeszkolenie w obsłudze systemu informatycznego⁸². Mimo że 100% ankietowanych wskazało na intuicyjność w jego obsłudze, to tylko 50% stwierdziło, że obsługuje system informatyczny samodzielnie, 37,5% wymagało wsparcia ze strony informatyka, a 12,5% również innych osób⁸³. Ponadto 40% ankietowanych wskazało zakres, w którym wymagało wsparcia w obsłudze, tj.: ogólnie w obsłudze programu (18,7%); przy zmianach w systemie (12,5%); przy wprowadzaniu nowych danych (8,8%).

(akta kontroli: tom I str. 233-255)

⁷⁸ Ostatnia aktualizacja bazy leków była z dnia 2 listopada 2020 r., a dane o refundacjach – z dnia 1 listopada 2020 r.

⁷⁹ Nowozatrudniony pracownik był informowany na szkoleniu początkowym, w jaki sposób zgłaszać ewentualne usterki oraz gdzie ubiegać się o pomoc w obsłudze systemu.

⁸⁰ Na podstawie odpowiedzi na skierowane do 20 osób, tj. dwóch położnych (każdej z zatrudnionych), 8 pielęgniarek i 10 lekarzy. Zgodnie z wynikami ankiet cztery pielęgniarki nie korzystały z mMedica.

⁸¹ Pozostałe 6,7% wskazało, że umożliwiał pracę.

⁸² Jeden z ankietowanych nie wskazał żadnej odpowiedzi w zakresie szkolenia.

⁸³ Poza wsparciem informatyka również rejestratorki bądź asystenta medycznego.

7. Przychodnię zgłoszono i podłączono do *Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Cyfrowych (System P1)* (dalej: *System P1*) w dniu 4 września 2019 r., tj. w terminie przewidzianym art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji (do 31 grudnia 2019 r.).

(akta kontroli: tom I str. 3-10)

Analiza, w zakresie zapewnienia interoperacyjności z systemami wdrażanymi w ramach Systemu P1, wykazała, że użytkowany system informatyczny: [1] zapewniał interoperacyjność z systemami wdrażanymi w ramach Systemu P1, a w pełnym zakresie wymaganej dokumentacji w zakresie e-Recepty; [2] wykorzystywał standard HL7 CDA oraz IHE XDS⁸⁴; [3] komunikował się z Systemem P1 w zakresie e-Recepty.

(akta kontroli: tom I str. 147-196)

W Przychodni w 2019 r. wystawiono ogółem 31 932 recepty, w tym w postaci papierowej 29 791 (93,3%), a w postaci elektronicznej wystawiono 2 141 (6,7%). Natomiast do 30 września 2020 r. wystawiono ogółem 24 708 recept: z których 2 522 w postaci papierowej (10,2%) i 22 186 e-recept (89,8%). Recepty drukowano na życzenie pacjentów.

Kierownik wyjaśniła, że: *Wdrożenie e-skierowania planowano na listopad/grudzień 2020 r., tak aby spełnić aktualne wymogi odnośnie uruchomienia usługi 1 stycznia 2021 r. Narzędzie planowane do ich wystawiania: gabinet.gov.pl, system mMedica.*

(akta kontroli: tom I str. 3-10)

8. W latach 2019-2020 (do 2 listopada), czterech lekarzy w Przychodni udzieliło łącznie 20 upoważnień⁸⁵ (z okresem obowiązywania do roku) siedmiu pracownikom Przychodni (głównie rejestratorom medycznym⁸⁶) do wystawiania e-zwolnień. Według stanu na 2 listopada 2020 r. jeden z lekarzy POZ w Przychodni nadał uprawnienia trzem rejestratorom medycznym do wystawiania e-zwolnień. Pozostali zatrudnieni w Przychodni lekarze⁸⁷, wyjaśnili, że nie widzą potrzeby nadawania uprawnień tzw. asystentom medycznym do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept. Kierownik poinformowała, że: *Wystawianie e-recept w ramach systemu mMedica jedynie w niewielkim stopniu różni się w stosunku do wystawiania recept w formie papierowej, w związku z czym żaden z lekarzy nie zgłosił chęci nadania takich uprawnień.*

(akta kontroli: tom I str. 40-46, 90-91, 318-321)

Kierownik wyjaśniła, że szkolenia w zakresie wystawiania e-zwolnień prowadzono od sierpnia 2018 r. przez kierownika Inspektoratu ZUS w Jaworze⁸⁸, a szkolenia oraz wsparcie w zakresie wystawiania e-recept odbywają się w trybie ciągłym od września 2019 r. i były prowadzone przez informatyka zatrudnionego w Przychodni.

(akta kontroli: tom I str. 40-46)

9. Średni czas wypełniania formularzy przez lekarzy⁸⁹ udzielających świadczeń medycznych w Przychodni przedstawiał się jak niżej i wyniósł dla poszczególnych formularzy w wersji elektronicznej (w nawiasach podano czas wypełniania formularzy w postaci papierowej – jeżeli dotyczy)⁹⁰:

- Zlecenie na wyroby medyczne (e-zlecenie), średnia 4 minuty 25 sekund, minimalnie 36 sekund, maksymalnie 10 minut (średnia 1 minuta 33 sekundy);

⁸⁴ W zakresie transferu nieobrazowych danych medycznych oraz ich zapisu.

⁸⁵ Na podstawie zapisów z Rejestru Asystentów Medycznych.

⁸⁶ Ponadto upoważniono starszą pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną (KK).

⁸⁷ Informacji udzieliło sześciu lekarzy udzielających świadczeń medycznych w okresie 23-24 listopada 2020 r.

⁸⁸ Szkolenie prowadzone w trybie indywidualnym, włącznie z pomocą przy generowaniu certyfikatu ZUS.

⁸⁹ W tym m.in.: pięciu lekarzy POZ, reumatologa, neurologa, laryngologa.

⁹⁰ Po pięć pomiarów dla każdego z rodzajów formularzy.

- Recepta (e-recepta) powtórzenie leku, średnia 52 sekundy, minimalnie 20 sekund, maksymalnie 1 minuta 55 sekund;
- recepta (e-recepta) wypisanie nowego leku, średnia 46 sekund, minimalnie 20 sekund, maksymalnie 1 minuta 55 sekund;
- Karta DiLO, średnia 8 minut 36 sekund, minimalnie 5 minut, maksymalnie 15 minut;
- Zwolnienie lekarskie, średnia 3 minuty 15 sekund, minimalnie 45 sekund, maksymalnie 8 minut;
- Skierowanie do poradni specjalistycznej, średnia 35 sekund, minimalnie 11 sekund, maksymalnie 1 minuta;
- Skierowanie na badania laboratoryjne, średnia 12,5 sekundy, minimalnie 8 sekund, maksymalnie 17 sekund (średnia 52 sekundy);
- Skierowanie na badania diagnostyczne obrazowe, średnia 9 sekund, minimalnie 8 sekund, maksymalnie 10 (średnia 55 sekund);
- Skierowanie do sanatorium, średnia 20 minut (średnia 5 minut);
- Zaświadczenie lekarskie, średnia 1 minuta 30 sekund (średnia 1 minuta 9 sekund);
- Skierowanie do szpitala, średnia 28,5 sekundy, minimalnie 16 sekund, maksymalnie 50 sekund (średnia 45 sekund);
- Informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego, średnia 3 minuty 23 sekundy, minimalnie 1 minuta 30 sekund, maksymalnie 5 minut (średnia 2 minuty 2,5 sekundy);
- Zlecenie na transport sanitarny, średnia 44,5 sekund, minimalnie 44 sekundy, maksymalnie 45 sekund (średnia 1 minuta 5 sekund).

(akta kontroli: tom I str. 308-317)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Cztery osoby, mimo udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni w latach 2019-2020, nie zostały upoważnione do przetwarzania danych osobowych, do czego zobowiązywał § 2 *Regulaminu ochrony danych*, wprowadzony 29 czerwca 2018 r. Przywołane przypadki dotyczyły: [1] dwóch lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w Przychodni do 30 czerwca 2019 r. i do 30 czerwca 2020 r., [2] psycholog, którą upoważniono dopiero 29 czerwca 2020 r., [3] psychologa, którego do dnia 3 listopada 2020 r. nie upoważniono. Kierownik wyjaśniła, że: [ad. 1] nie posiadała upoważnień dla lekarzy, [ad. 2] upoważnienie nadano w chwili dopatrzenia się jego braku; [ad. 3] brakujące upoważnienie zostanie niezwłocznie nadane.

(akta kontroli: tom I str. 92-108, 227-232)

OCENA CZĄSTKOWA

Stosowane w Przychodni narzędzia informatyczne stanowiły co do zasady sprawne narzędzie wspierające pracę personelu medycznego w wykonywaniu obowiązków administracyjnych. Wykorzystywany system informatyczny, poza brakiem możliwości zapisu i dystrybuowania diagnostyki obrazowej w odpowiednim standardzie, spełniał wymogi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Pomimo tego prowadzono ją z reguły w postaci papierowej.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zgłoszenie aktualnych danych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą celem odzwierciedlenia faktycznego stanu organizacyjnego Przychodni.
2. Zgłoszenie do Narodowego Funduszu Zdrowia osób faktycznie udzielających świadczeń zdrowotnych w Przychodni.
3. Zapewnienie posiadania przez osoby zaangażowane w udzielanie świadczeń medycznych upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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, stycznia 2021 r.

Kontrolerzy
Paweł Potemski
główny specjalista kontroli
państwowej

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

.....
podpis

.....
podpis

Ryszard Puchała
główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis