



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.023.05.2020

Pan

Bolesław Jakubiak

Kierownik Przychodni Rejonowej w Chojnowie

Przychodnia Rejonowa w Chojnowie

ul. Legnicka 12

59-224 Chojnów

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 Chojnowie, ul. Legnicka 12, 59-224 Chojnów (dalej także: <i>Przychodnia</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bolesław Jakubiak, Kierownik <i>Przychodni</i> , od dnia 21 marca 2003 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1) Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. 2) Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2020 do dnia zakończenia kontroli ¹ , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Mariusz Orawczak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/137/2020 z dnia 22 września 2020 r. (akta kontroli: tom I str. 1-2)

¹ 14 grudnia 2020 r.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja udzielania świadczeń, zakres realizowanych zadań oraz podział kompetencji w Przychodni nie zapewniła w optymalnym stopniu obciążenia personelu medycznego od wykonywania czynności administracyjnych i biurowych. W toku kontroli stwierdzono, że pielęgniarki i położne nie były zaangażowane wyłącznie w udzielanie świadczeń medycznych, gdyż wykonywały również czynności o charakterze administracyjnym. Nie wykorzystano także możliwości zlecania pielęgniarkom i położnym przewidzianej dla tych zawodów, samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta. Zatrudniony w Przychodni personel medyczny spełniał wymagania w zakresie wymaganych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, a podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił odpowiednie wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów. Regulamin organizacyjny Przychodni określał częściowo zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni; nie zostały określone szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń w formie teleporady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności. Zapewniono dostępność ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem okresu czasowego zaprzestania udzielania świadczeń w kilku poradniach (ze względu na stan zagrożenia epidemicznego w Polsce). Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta (dotyczy porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) lekarze przeznaczali średnio ponad 71% czasu trwania porady, a niecałe 29% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

Przychodnia była wyposażona w niezbędne narzędzia informatyczne zasadniczo wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, adekwatnie do liczby miejsc udzielania świadczeń, gabinetów oraz personelu. Jednak nie zapewniono w Przychodni inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące własnego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji. Systemy informatyczne Przychodni nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio, pomiędzy częścią medyczną a administracyjną. Dokumentacja medyczna była prowadzona w Przychodni w formie elektronicznej w ograniczonym zakresie, pomimo spełniania warunków organizacyjno-technicznych umożliwiających prowadzenie tej dokumentacji w postaci elektronicznej. Wdrożono w Przychodni „Politykę Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych”, jednak nie była ona na bieżąco aktualizowana, w szczególności w związku z nową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad. Nie wykorzystano możliwości obciążenia pracy lekarzy od czynności biurowych poprzez nadanie uprawnień tzw. asystentom medycznym do wypisywania w imieniu lekarzy e-zwolnień i e-recept.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Przychodnia funkcjonowała w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na podstawie wpisu do Księgi Rejestrowej Nr 000000001248 Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)⁴, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego. W ww. księdze datę rozpoczęcia działalności leczniczej określono na 19 sierpnia 1998 r., a ostatniej zmiany wpisu w ww. Księdze Rejestrowej dokonano pod datą 19 listopada 2019 r. Nie zgłoszono jednak Wojewodzie Dolnośląskiemu wszystkich zmian danych objętych ww. rejestrem, przez co Księga Rejestrowa Przychodni zawierała nieaktualne dane (szczegółowy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

Zgodnie z uchwalonym przez Radę Miejską Chojnowa statutem⁵, celem działania Przychodni jest podejmowanie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia ludności oraz promocja zdrowia.

(akta kontroli: tom I str. 3-36)

W Przychodni było zadeklarowanych ok. 15 tys. osób z terenu miasta i gminy Chojnow. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane były na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w następujących rodzajach świadczeń: podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz rehabilitacji leczniczej.

Świadczenia POZ były udzielane w następujących zakresach: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej⁶. W Przychodni działały także: gabinet zabiegowy z punktem EKG, punkt szczepień, laboratorium analityczne, gabinet RTG, gabinet USG; w gabinecie pielęgniarki środowiskowej działał także punkt spirometrii. Świadczenia AOS udzielane były w poradniach specjalistycznych w zakresie: chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, preluksacji, otolaryngologii oraz położnictwa i ginekologii.

W okresie objętym kontrolą nie zaprzestano na stałe udzielania żadnego ze świadczeń. Po ogłoszeniu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 w Przychodni czasowo nie udzielano świadczeń w poradniach: otolaryngologicznej (od 16 marca do 8 maja 2020 r.), preluksacyjnej (od 16 marca do 20 maja 2020 r.), urazowo-ortopedycznej (od 18 marca do 8 maja 2020 r.), dla dzieci zdrowych (od 16 marca do 16 kwietnia 2020 r.) oraz rehabilitacji ambulatoryjnej (od 16 marca do 8 maja 2020 r.).

Świadczenia POZ udzielane były w budynku Przychodni przy ul. Legnickiej 12 w Chojnowie. Tam też znajdowały się poradnie: otolaryngologiczna i ginekologiczna, natomiast gabinet RTG, laboratorium analityczne oraz poradnie: chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej i preluksacyjnej mieściły się w budynku Przychodni przy ul. Kazimierza Wielkiego 11 w Chojnowie, a rehabilitacja ambulatoryjna – w budynku przy ul. Szpitalnej 6 w Chojnowie.

(akta kontroli: tom I str. 81-85, 100-101)

⁴ Elektroniczny rejestr prowadzony zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.), dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

⁵ Uchwała nr XXII/95/12 Rady Miejskiej Chojnowa z dnia 27 września 2012 r. w sprawie nadania statutu Przychodni.

⁶ Jedną pielęgniarką szkolną przyjmowała w gabinecie w Szkole Podstawowej nr 4 w Chojnowie, drugą pielęgniarką – w gabinecie w Szkole Podstawowej nr 3 w Chojnowie oraz w Szkole Podstawowej w Niedźwiedzicach i Szkole Podstawowej w Budziwojowie, trzecią pielęgniarką – w Powiatowym Zespole Szkół w Chojnowie, z gabinetami w Technikum Rolniczym na ul. Witosy i w Szkole Zawodowej na ul. Wojska Polskiego oraz w Liceum Ogólnokształcącym na ul. Pożniaków.

W okresie objętym kontrolą w Przychodni obowiązywał Regulamin Organizacyjny zaakceptowany przez Radę Społeczną Przychodni w dniu 24 września 2015 r., który nie zawierał wszystkich wymaganych art. 24 ust. 1 *ustawy o działalności leczniczej* elementów, w tym częściowo określono szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych⁷ (szczegółowy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli: tom I str. 37-51)

Zgodnie z art. 24 ust. 2 *ustawy o działalności leczniczej* aktualne informacje o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych w Przychodni, a także godzin pracy⁸ i udzielania świadczeń, podano do wiadomości pacjentów poprzez wywieszenie tych informacji w widoczny sposób w miejscach udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej⁹ Przychodni.

(akta kontroli: tom I str. 81-85)

Teleporady¹⁰ zostały w Przychodni zainicjowane zarządzeniem Kierownika Przychodni z dnia 16 marca 2020 r. Od tego dnia wyznaczonych pięciu lekarzy POZ zobowiązanych zostało do udzielania¹¹ w godzinach od 10:00 do 13:00 świadczenia opieki zdrowotnej w formie teleporad. Od dnia 25 marca 2020 r. Przychodnia, w związku z zagrożeniem epidemią, zwiększyła ochronę przed zarażeniem¹². Po uruchomieniu dwóch dodatkowych linii telefonicznych oraz zainstalowaniu domofonu na główne drzwi wejściowe do Przychodni, wprowadzono wyłącznie telefoniczny kontakt z rejestracją Przychodni (pod pięcioma numerami telefonów)¹³; wszyscy lekarze POZ zaczęli pracować w systemie teleporad. Od tego dnia pielęgniarki, pięć na zmianie przedpołudniowej oraz dwie pielęgniarki i jedna rejestratorka na zmianie popołudniowej, po przeprowadzeniu wywiadu telefonicznego umawiały pacjentów na teleporadę lub na wizytę osobistą na konkretną godzinę. Liczba osób rejestrujących pacjentów oraz liczba linii telefonicznych (stanowisk odbioru rozmów telefonicznych) zapewniła możliwość łatwego kontaktu pacjentom w godzinach pracy Przychodni¹⁴.

Teleporady w Przychodni realizowane były za pośrednictwem systemów łączności telefonicznej¹⁵, a zasady ich udzielania nie uregulowano szczegółowo w formie wprowadzonych wewnętrznych zarządzeń czy procedur. Z wyjaśnień Kierownika Przychodni wynikają poniższe zasady udzielania teleporad w Przychodni. Prośbę o teleporadę można było zgłosić w rejestracji telefonicznie (osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich) oraz pocztą elektroniczną. Przyjmujący zgłoszenie informował, że lekarz do którego zarejestrowana jest teleporada oddzwoni do pacjenta na numer telefonu podany w zgłoszeniu. Trzy nieskuteczne próby połączeniem się z pacjentem anulowało teleporadę, jednak w praktyce jeśli z informacji od przyjmującego zgłoszenie wynikała konieczność kontaktu z pacjentem, lekarze próbowali dodzwonić się do pacjenta do skutku. Podczas teleporady, w przypadku gdy lekarz uznał, że wymagana jest wizyta bezpośrednia,

⁷ M.in. nie określono organizacji udzielania świadczeń, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w formie teleporady.

⁸ Przychodnia otwarta była w dni powszednie od godz. 7:00 do godz. 19:00.

⁹ <https://przychodnia.chojnow.eu/>.

¹⁰ Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na odległość za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

¹¹ W każdym dniu tygodnia inny lekarz.

¹² Zgodnie z komunikatem (ogłoszeniem) Kierownika Przychodni o wprowadzeniu od dnia 25 marca 2020 r. nadzwyczajnych rozwiązań w Przychodni, w związku z zagrożeniem epidemią koronawirusa.

¹³ Trzy numery telefonii stacjonarnej oraz dwa numery telefonii komórkowej.

¹⁴ W standardach akredytacyjnych (np. OJ11 – Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej), 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 warunki umożliwiające pacjentom łatwe dodzwonienie się w godzinach pracy podmiotu leczniczego.

¹⁵ Rozmowy telefoniczne (teleporady) w Przychodni nie były rejestrowane.

umawiał pacjenta na określoną godzinę (pacjent po przybyciu do Przychodni informował przy wejściu, że jest umówiony z lekarzem i zostawał skierowany do poczekalni). Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, pacjent miał też możliwość do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z lekarzem; w trakcie teleporady istniała możliwość wystawienia e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne oraz skierowania do gabinetu RTG lub badania laboratoryjne. Lekarz przed przystąpieniem do realizacji teleporady zapoznawał się z dokumentacją medyczną pacjenta dostarczoną z rejestracji i po udzieleniu świadczenia dokonywał wpisu do tej dokumentacji.

Z powyższych wyjaśnień Kierownika Przychodni wynikało, że dostosowano prowadzoną działalność leczniczą do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej^{16,17}.

Nie wprowadzono w Przychodni sformalizowanych zasad bezpieczeństwa danych osobowych w zakresie realizacji teleporad. Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, teleporady są realizowane wyłącznie w gabinetach lekarskich, tych samych w których przyjmują lekarze w przypadku wizyt realizowanych w formie bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

(akta kontroli: tom I str. 81-85, 101-104)

W Przychodni nie zostały sformalizowane zasady składania i rozpatrywania skarg, uwag i wniosków oraz mechanizmy ich analizowania. Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, skargi w Przychodni są podzielone na dwa rodzaje: (1) skargi i uwagi ustne, które są przedstawiane Kierownikowi Przychodni w sposób bezpośredni podczas osobistej rozmowy, a następnie, jeśli zachodzi taka konieczność, przy pomocy zastępcy Kierownika ds. Medycznych lub Pielęgniarki Koordynującej sprawy są załatwiane; (2) skargi pisemne, na które zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego udzielana jest pisemna odpowiedź.

W okresie objętym kontrolą wpłynęły do Przychodni, za pośrednictwem Delegatury Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Legnicy, dwie skargi pisemne, tj. skarga na organizację przyjęć do gabinetu rehabilitacji ambulatoryjnej, przekazana dnia 8 listopada 2019 r. oraz skarga na fakt ograniczeń w pracy Przychodni związanych z pandemią, przekazana dnia 23 września 2020 r.

(akta kontroli: tom I str. 102)

1.2. Stan zatrudnienia personelu medycznego zatrudnionego w Przychodni na podstawie umów o pracę przedstawiał się następująco:

- według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. zatrudnione były ogółem 42 osoby na 41,8 etatu, w tym ośmiu lekarzy (na 8,0 etatu), 22 pielęgniarki (na 21,8 etatu), cztery osoby z wykształceniem wyższym medycznym (na 4,0 etatu) oraz osiem osób ze średnim wykształceniem medycznym (na 8,0 etatu);
- według stanu na dzień 30 czerwca 2019 r. zatrudnionych było ogółem 41 osób na 40,1 etatu; stan osobowy lekarzy zmalał do siedmiu osób (na 7,0 etatu), natomiast pielęgniarek oraz pozostałego personelu z wyższym i średnim wykształceniem medycznym nie uległ zmianie;
- według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. zatrudnionych było ogółem 41 osób na 40,3 etatu; stan osobowy lekarzy i pielęgniarek nie uległ zmianie, natomiast pozostałego personelu z wyższym wykształceniem medycznym zwiększył się do pięciu osób (na 4,5 etatu), a z wykształceniem średnim medycznym zmalał do siedmiu osób (na 7,0 etatu);

¹⁶ Dz. U. poz. 1395.

¹⁷ Należało tego dokonać nie później niż do dnia 27 października 2020 r. (w terminie 60 dni od dnia jego wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia).

- według stanu na dzień 30 czerwca oraz 30 września 2020 r. zatrudnionych było ogółem 40 osób na odpowiednio 39,3 etatu i 39,8 etatu; stan osobowy lekarzy zmalał do sześciu osób (na 6,0 etatu), natomiast pielęgniarek oraz pozostałego personelu z wyższym i średnim wykształceniem medycznym nie uległ zmianie.

Ponadto w całym analizowanym okresie na podstawie umowy zlecenia zatrudniony był jeden lekarz w wymiarze odpowiadającym 0,8 etatu oraz na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) udzielał świadczeń odpowiednio dziewięciu lekarzy w przeliczeniu na 4,3 etatu (stan na dzień 31 grudnia 2018 r.), 10 lekarzy w przeliczeniu na 5,3 etatu (stan na dzień 30 czerwca i 31 grudnia 2019 r.) oraz 11 lekarzy w przeliczeniu na 5,9 etatu (stan na 30 czerwca i 30 września 2020 r.).

Stan osobowy i etatowy pracowników administracji w kontrolowanym okresie był stały i wynosił osiem osób zatrudnionych na 7,5 etatu, z czego siedem osób zatrudnionych było na podstawie umów o pracę, a jedna – na podstawie umowy zlecenia. Dodatkowo na podstawie umów o pracę zatrudnionych było odpowiednio: dwie rejestratorki na 1,0 etatu i pięciu pracowników obsługi na 4,5 etatu (stan na dzień 31 grudnia 2018 r.), cztery rejestratorki na 2,0 etatu i sześciu pracowników obsługi na 5,5 etatu (stan na dzień 30 czerwca 2019 r.), trzy rejestratorki na 2,0 etatu i siedmiu pracowników obsługi na 6,5 etatu (stan na dzień 31 grudnia 2019 r.), trzy rejestratorki na 2,0 etatu i sześciu pracowników obsługi na 5,5 etatu (stan na dzień 30 czerwca 2020 r.) oraz trzy rejestratorki na 2,0 etatu i siedmiu pracowników obsługi na 6,5 etatu (stan na dzień 30 września 2020 r.).

(akta kontroli: tom I str. 105-108)

W okresie objętym kontrolą zatrudniono nowych pracowników, którzy mieli wspierać pracę personelu medycznego. Były to dwie osoby do rejestracji: jedna do rejestracji pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej mieszczącej się w budynku przy ul. Szpitalnej oraz jedna do rejestracji obsługującej gabinet RTG i laboratorium analityczne w budynku przy ulicy Kazimierza Wielkiego 11. Jak wskazał Kierownik Przychodni, nie występowały trudności z zatrudnieniem osób na te stanowiska.

(akta kontroli: tom I str. 105, 109)

W okresie objętym kontrolą wystąpił niedobór kadry medycznej. Braki personalne uzupełniono zatrudnieniem w 2019 r. jednej pielęgniarki w ramach stosunku pracy (w związku z odejściem innej pielęgniarki na emeryturę) oraz zawarciem umowy cywilnoprawnej (tzw. kontrakt) z jednym lekarzem ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej, na udzielanie świadczeń w poradni POZ przez dwa dni w tygodniu.

(akta kontroli: tom I str. 105-107, 109)

1.3. Koszty wynagrodzeń osobowych brutto w Przychodni w ramach stosunku pracy w okresie objętym kontrolą wyniosły ogółem 5 953 761,56 zł¹⁸, natomiast średniamiesięczne wynagrodzenie na osobę, w podziale na poszczególne grupy zawodowe, przedstawiało się jak poniżej:

- lekarze – 11 116,27 zł w I półroczu 2019 r., 11 592,18 zł w II półroczu 2019 r. i 11 567,50 zł w I półroczu 2020 r.;
- pielęgniarki i położne – 5 425,53 zł w I półroczu 2019 r., 5 549,84 zł w II półroczu 2019 r. i 5 729,66 zł w I półroczu 2020 r.;
- inny personel medyczny z wyższym wykształceniem – 5 602,39 zł w I półroczu 2019 r., 4 898,66 zł w II półroczu 2019 r. i 5 128,83 zł w I półroczu 2020 r.;
- personel medyczny z wykształceniem średnim – 4 604,73 zł w I półroczu 2019 r., 5 024,62 zł w II półroczu 2019 r. i 5 228,05 zł w I półroczu 2020 r.;

¹⁸ Z czego: 1 963 051,60 zł w I półroczu 2019 r., 2 017 992,75 zł w II półroczu 2019 r. i 1 972 717,21 zł w I półroczu 2020 r.

- rejestratorki – 1 081,71 zł w I półroczu 2019 r., 1 640,01 zł w II półroczu 2019 r. i 1 950,82 zł w I półroczu 2020 r.;
- administracja – 5 650,69 zł w I półroczu 2019 r., 6 745,08 zł w II półroczu 2019 r. i 6 552,51 zł w I półroczu 2020 r.;
- obsługa – 2 845,35 zł w I półroczu 2019 r., 2 655,01 zł w II półroczu 2019 r. i 2 880,69 zł w I półroczu 2020 r.

Koszty wynagrodzeń bezosobowych z tytułu umów zleceń w okresie objętym kontrolą wyniosły ogółem 310 398,62 zł¹⁹, natomiast średniomiesięczne wynagrodzenie na osobę, w podziale na poszczególne grupy zawodowe przedstawiało się jak poniżej:

- lekarze – 8 541,95 zł w I półroczu 2019 r., 8 836,50 zł w II półroczu 2019 r. i 9 215,73 zł w I półroczu 2020 r.;
- administracja (Informatyk Przychodni) – 2 783,33 zł w I półroczu 2019 r., 2 891,67 zł w II półroczu 2019 r. i 3 850,00 zł w I półroczu 2020 r.;
- obsługa – 2 420,68 zł w I półroczu 2019 r., 3 114,50 zł w II półroczu 2019 r. i 1 563,50 zł w I półroczu 2020 r.

Koszty usług obcych, tj. umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontrakty), w okresie objętym kontrolą wyniosły ogółem 1 098 861,00 zł²⁰, gdzie obejmowały tylko lekarzy, dla których średniomiesięczne wynagrodzenie na osobę wyniosło: 4 939,25 zł w I półroczu 2019 r., 5 913,43 zł w II półroczu 2019 r. i 6 783,33 zł w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli: tom I str. 110-112)

Koszty wynagrodzeń ogółem (osobowe i bezosobowe) w 2019 r. i w 2020 r. (I półrocze) stanowiły odpowiednio 59,5,0% i 55,7% kosztów ogółem²¹ Przychodni, natomiast koszty usług obcych wynikające z tzw. kontraktów – odpowiednio 9,3% i 11,9%.

(akta kontroli: tom I str. 113)

1.4. Organizacja udzielania świadczeń, zakres realizowanych zadań oraz podział kompetencji w Przychodni nie zapewnił w odpowiednim stopniu odciążenia personelu medycznego od wykonywania czynności administracyjnych i biurowatycznych.

W Przychodni było zatrudnionych dziewięć osób na stanowiskach niemedyceńskich wspomagających pracę personelu medycznego, tj. Główna Księgowa Przychodni, trzy rejestratorki (w gabinecie rehabilitacji ambulatoryjnej, w Gabinetach RTG i laboratorium analitycznym oraz w Rejestracji Ogólnej), Informatyk Przychodni, dwie osoby na stanowisku ds. statystyki i rozliczeń (Dział Rozliczeń Przychodni), jedna osoba na stanowisku ds. administracyjno-kancelaryjnych (Sekretariat Przychodni) oraz jedna osoba na stanowisku ds. kadrowo-płacowych.

Wśród pracowników Przychodni nie było absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

Wykonywaniem czynności administracyjnych związanych z udzielaniem ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, dostosowanych do zadań prowadzonej działalności leczniczej w Przychodni, zajmowały się osoby, zgodnie z poniższą charakterystyką:

¹⁹ Z czego: 77 356,19 zł w I półroczu 2019 r., 107 742,94 zł w II półroczu 2019 r. i 125 299,44 zł w I półroczu 2020 r.

²⁰ Z czego: 296 355,00 zł w I półroczu 2019 r., 354 806,00 zł w II półroczu 2019 r. i 447 700,00 zł w I półroczu 2020 r.

²¹ Koszty działalności operacyjnej były równe kosztom ogółem Przychodni i wyniosły 6 999 485,07 zł w 2019 r. oraz 3 767 967,89 zł w 2020 r. (I półrocze).

- 1) Sprawozdania wynikające ze statystyki publicznej oraz zawartych kontraktów z NFZ sporządzały osoby z Działu Rozliczeń Przychodni²², pracownik ds. kadrowo-płacowych²³ oraz Główna Księgowa²⁴;
- 2) Druki/zaświadczenia/skierowania np. do poradni specjalistycznej, na badania diagnostyczne wystawiał w Przychodni i podpisywał lekarz udzielający świadczenia lub pielęgniarka, gdy to ona udziela świadczenia, np. zaopatrzenie w wyroby medyczne. Druk skierowania do sanatorium oraz druki DILO wypełniał lekarz, a po przekazaniu ich do Działu Rozliczeń Przychodni były wprowadzane do systemu informatycznego przez pracownika działu i następnie były podpisywane przez lekarza. Pacjent mógł odebrać gotowy druk w rejestracji Przychodni;
- 3) Obsługą i rejestracją pacjenta, w tym przyjmowaniem oświadczeń zajmowały się rejestratorki i pielęgniarki pracujące w rejestracji;
- 4) Przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ zajmowały się pielęgniarki pracujące w rejestracji, a następnie przekazywały te dokumenty do Działu Rozliczeń Przychodni w celu wprowadzenia do systemu mMedica i archiwizacji;
- 5) Wypełnianiem indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej, w zakresie określonym w § 10 pkt 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*²⁵, zajmowały się pielęgniarki pracujące w rejestracji;
- 6) Włączaniem lub wprowadzaniem do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych, udostępnionych przez pacjentów, istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego zajmował się lekarz lub pielęgniarka w trakcie wizyty lub pielęgniarki pracujące w rejestracji;
- 7) Czynnościami związanymi z udostępnianiem dokumentacji medycznej zajmowały się pielęgniarki pracujące w rejestracji oraz sekretariat Przychodni.

Odnosnie wykonywania czynności administracyjnych przez personel medyczny (pielęgniarki) Kierownik Przychodni wyjaśnił, że ze względu na fakt kończenia pracy o godz. 14:35 przez pracowników administracyjnych Przychodni, od tej godziny do końca pracy Przychodni kontakty z pacjentami i innymi osobami (tj. przekazywanie druków, skierowań, recept, przyjmowanie deklaracji, uwag, udzielanie wyjaśnień, odbieranie przesyłek kurierskich itp.) przejmują na siebie pracownicy rejestracji, a założenie żeby to głównie pielęgniarki pracowały w rejestracji Przychodni jest konieczne i korzystne, gdyż właśnie tam odbywa się np. ustalanie terminów wizyt, kolejności teleporad itp. do czego konieczna jest wiedza i wykształcenie medyczne; w przypadku zamknięcia szkół z powodu pandemii pielęgniarki szkolne skierowane zostały do rejestracji, natomiast pielęgniarki pracujące z lekarzami AOS często w godzinach, gdy nie pracują z lekarzami pomagają w rejestracji oraz

²² Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ZD-3), sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (MZ-11), sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (MZ-06), sprawozdawczość do NFZ w zakresie deklaracji lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz medycyny szkolnej (przekazywane raz w miesiącu), z wykonanych świadczeń we wszystkich zakresach umów (przekazywane min. raz w miesiącu), w zakresie kolejek oczekujących oraz pierwszych wolnych terminów (przekazywane codziennie), z wykonanych badań diagnostycznych w POZ (półroczne i roczne), wykaz świadczeń POZ obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, transportu sanitarnego w POZ (miesięczne), wykaz świadczeń obowiązujących dla sprawozdań z realizacji umów (miesięczne), sprawozdania MZ-11, MZ-88, MZ-89 (sprawozdania roczne).

²³ Sprawozdanie kwartalne do Głównego Urzędu Statystycznego dot. badania popytu na pracę (Z-05).

²⁴ Dokumenty do Ministerstwa Zdrowia, tj. sprawozdanie o finansach podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego SPZOZ (sprawozdanie roczne), kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej, struktura zobowiązań w SPZOZ (sprawozdanie kwartalne).

²⁵ Dz. U. poz. 666, ze zm. Dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*.

w przypadkach chorób czy urlopów personelu część pielęgniarek przesuwana jest do pracy w rejestracji. Wykonywanie czynności administracyjnych przez pielęgniarki były formalnie umocowane na podstawie zapisów w ich zakresach obowiązków w brzmieniu: „...prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, oraz wykonywanie czynności statystycznych, sprawozdawczych i rejestracyjnych” oraz „Stosowanie się do zarządzeń i poleceń Pielęgniarki Koordynującej Przychodni, a także zastępcy Kierownika Przychodni ds. medycznych i Kierownika Przychodni”.

(akta kontroli: tom I str. 135-140, 371-375)

1.5. Personel medyczny pracujący w Przychodni i wspierający pracę lekarzy, tj. 19 pielęgniarek (w tym jedna pielęgniarka koordynująca) i trzy położne, miał odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 7-8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej²⁶ oraz zgodnie z wymogami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami²⁷.

Wszystkie pielęgniarki i położne zatrudnione były w Przychodni na umowę o pracę, a ich średni staż pracy (doświadczenie w zawodzie) wyniósł 35,8 lat (staż minimalny – 20 lat, staż maksymalny – 43 lata).

(akta kontroli: tom I str. 128-134)

1.6. Liczba porad i teleporad udzielonych przez lekarzy POZ i AOS udzielających świadczeń medycznych w Przychodni wyniosła:

- w I połowie 2019 r. – 29 017 porad w POZ i 7 601 porad w AOS, w tym: 2 815 w poradni chirurgicznej, 1 197 w poradni urazowo-ortopedycznej, 715 w poradni preluksacyjnej, 1 406 w poradni otolaryngologicznej i 1 468 w poradni ginekologicznej;
- w II połowie 2019 r. – 27 036 porad w POZ i 7 982 porad w AOS, w tym: 3 209 w poradni chirurgicznej, 1 171 w poradni urazowo-ortopedycznej, 698 w poradni preluksacyjnej, 1 424 w poradni otolaryngologicznej i 1 480 w poradni ginekologicznej;
- w I połowie 2020 r. – 23 573 porad w POZ (w tym 4 590 teleporad, tj. 19,5%) i 5 517 porad w AOS (w tym 55 teleporady, tj. 1,0%), z czego: 2 439 w poradni chirurgicznej, 852 w poradni urazowo-ortopedycznej, 394 w poradni preluksacyjnej, 678 w poradni otolaryngologicznej (w tym 55 teleporad, tj. 8,1%) i 1 154 w poradni ginekologicznej.

W Przychodni nie wykorzystano możliwości zlecania pielęgniarkom i położnym przewidzianej dla tych zawodów, samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta (tj. udzielania porad pielęgniarskich i porad położnej) w AOS w poradni chirurgii ogólnej i poradni ginekologicznej.

Średnia liczba porad i teleporad przypadająca na jednego lekarza POZ i AOS wyniosła:

- w I połowie 2019 r. – 2 637,9 porady w POZ i 1 085,9 porady w AOS, w tym: 938,3 w poradni chirurgicznej, 1 197,0 w poradni urazowo-ortopedycznej, 715,0 w poradni preluksacyjnej, 1 406,0 w poradni otolaryngologicznej i 1 468,0 w poradni ginekologicznej;
- w II połowie 2019 r. – 2 457,8 porady w POZ i 1 140,3 porady w AOS, w tym: 1 069,7 w poradni chirurgicznej, 1 171,0 w poradni urazowo-ortopedycznej, 698,0 w poradni preluksacyjnej, 1 424,0 w poradni otolaryngologicznej i 1 480,0 w poradni ginekologicznej;

²⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

²⁷ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

- w I połowie 2020 r. – 2 143,0 porady w POZ (w tym 417,3 teleporad, tj. 19,5%) i 788,1 porad w AOS (w tym 7,9 teleporad, tj. 1,0%), z czego: 813,0 w poradni chirurgicznej, 852,0 w poradni urazowo-ortopedycznej, 394,0 w poradni preluksacyjnej, 678,0 w poradni otolaryngologicznej (w tym 55,0 teleporad, tj. 8,1%) i 1 154,0 w poradni ginekologicznej.

Średni czas udzielania porady lub teleporady (jeżeli dotyczy) przez lekarzy POZ i AOS wyniósł:

- w I połowie 2019 r. – 11,9 min w POZ i 14,0 min w AOS, w tym: 16,0 min w poradni chirurgicznej, 12,9 min w poradni urazowo-ortopedycznej, 8,8 min w poradni preluksacyjnej, 16,1 min w poradni otolaryngologicznej i 11,5 min w poradni ginekologicznej;
- w II połowie 2019 r. – 12,8 min w POZ i 13,4 min w AOS, w tym: 14,1 min w poradni chirurgicznej, 13,2 min w poradni urazowo-ortopedycznej, 9,6 min w poradni preluksacyjnej, 15,8 min w poradni otolaryngologicznej i 11,4 min w poradni ginekologicznej;
- w I połowie 2020 r. – 17,4 min (12,5 min – teleporady) w POZ i 15,9 min (13,5 min – teleporady) w AOS, w szczególności: 17,6 min w poradni chirurgicznej, 12,9 min w poradni urazowo-ortopedycznej, 10,7 min w poradni preluksacyjnej, 18,5 min (13,5 min – teleporady) w poradni otolaryngologicznej i 15,0 min w poradni ginekologicznej.

(akta kontroli: tom I str. 167-170)

Średnia liczba wystawionych dokumentów przez lekarzy POZ i AOS udzielających świadczeń medycznych w Przychodni, przypadająca na jednego lekarza w okresie objętym kontrolą wyniosła dla poszczególnych dokumentów:

- zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne – 20 szt. w I półroczu 2019 r. (25 szt. w POZ i 11 szt. w AOS), 15 szt. w II półroczu 2019 r. (18 szt. w POZ i 11 szt. w AOS) oraz 26 szt. w I półroczu 2020 r. (37 szt. w POZ i 8 szt. w AOS);
- recepty – 2 152 szt. w I półroczu 2019 r. (3 193 szt. w POZ i 516 szt. w AOS), 2071 szt. w II półroczu 2019 r. (3 046 szt. w POZ i 539 szt. w AOS) oraz 1 614 szt. w I półroczu 2020 r. (2 429 szt. w POZ i 334 szt. w AOS);
- karty DiLO – 2 szt. w I półroczu 2019 r. (3 szt. w POZ i 1 szt. w AOS), 1 szt. w II półroczu 2019 r. (1 szt. w POZ i 0 szt. w AOS) oraz 1 szt. w I półroczu 2020 r. (1 szt. w POZ i 0 szt. w AOS);
- zwolnienia lekarskie – 90 szt. w I półroczu 2019 r. (109 szt. w POZ i 60 szt. w AOS), 104 szt. w II półroczu 2019 r. (130 szt. w POZ i 64 szt. w AOS) oraz 138 szt. w I półroczu 2020 r. (180 szt. w POZ i 72 szt. w AOS);
- skierowania do poradni specjalistycznej – 316 szt. w I półroczu 2019 r. (505 szt. w POZ i 17 szt. w AOS), 308 szt. w II półroczu 2019 r. (490 szt. w POZ i 18 szt. w AOS) oraz 223 szt. w I półroczu 2020 r. (360 szt. w POZ i 8 szt. w AOS);
- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – 128 szt. w I półroczu 2019 r. (161 szt. w POZ i 76 szt. w AOS), 284 szt. w II półroczu 2019 r. (452 szt. w POZ i 20 szt. w AOS) oraz 92 szt. w I półroczu 2020 r. (106 szt. w POZ i 71 szt. w AOS);
- skierowania na badania diagnostyki laboratoryjnej – 313 szt. w I półroczu 2019 r. (500 szt. w POZ i 21 szt. w AOS), 284 szt. w II półroczu 2019 r. (452 szt. w POZ i 20 szt. w AOS) oraz 225 szt. w I półroczu 2020 r. (341 szt. w POZ i 41 szt. w AOS);
- skierowania do sanatorium – 4 szt. w I półroczu 2019 r. (7 szt. w POZ i 0 szt. w AOS), 3 szt. w II półroczu 2019 r. (5 szt. w POZ i 1 szt. w AOS) oraz 2 szt. w I półroczu 2020 r. (4 szt. w POZ i 0 szt. w AOS);

- zaświadczenia lekarskie/orzeczenia – 6 szt. w I półroczu 2019 r. (10 szt. w POZ i 1 szt. w AOS), 8 szt. w II półroczu 2019 r. (12 szt. w POZ i 1 szt. w AOS) oraz 4 szt. w I półroczu 2020 r. (6 szt. w POZ i 2 szt. w AOS);
- skierowania do szpitala – 32 szt. w I półroczu 2019 r. (46 szt. w POZ i 11 szt. w AOS), 32 szt. w II półroczu 2019 r. (44 szt. w POZ i 12 szt. w AOS) oraz 26 szt. w I półroczu 2020 r. (36 szt. w POZ i 11 szt. w AOS);
- informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego – 1 szt. w I półroczu 2019 r. (0 szt. w POZ i 1 szt. w AOS), 1 szt. w II półroczu 2019 r. (0 szt. w POZ i 1 szt. w AOS) oraz 1 szt. w I półroczu 2020 r. (0 szt. w POZ i 1 szt. w AOS);
- zlecenie na transport sanitarny – 3 szt. w I półroczu 2019 r. (5 szt. w POZ i 0 szt. w AOS), 3 szt. w II półroczu 2019 r. (5 szt. w POZ i 0 szt. w AOS) oraz 3 szt. w I półroczu 2020 r. (4 szt. w POZ i 0 szt. w AOS).

(akta kontroli: tom I str. 171)

Personel medyczny Przychodni wystawiał bezpłatne zaświadczenia lekarskie, tj.: związane z dalszym leczeniem, związane z rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, studentów w zajęciach sportowych, uczestnictwem w zorganizowanym wypoczynku, zaświadczenia dla pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, zaświadczenia w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, zaświadczenia w sprawie uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej, zaświadczenia wydane w celu uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka, zaświadczenia o ciąży do zakładu pracy. Kierownik Przychodni stwierdził również, że aktualnie możliwe jest ustalenie jedynie liczby wypisanych recept, których wystawianie odbywa się poprzez moduł Gabinet mMedica; zwolnienia lekarskie częściowo wystawiane są za pomocą systemu mMedica (i te są rejestrowane), a częściowo za pomocą systemu udostępnionego lekarzom przez ZUS (i tych w systemie Przychodni nie rejestrowano) – pozostałe zaświadczenia wystawione w 2019 r. i w I kwartale 2020 r. w części wystawiane były w formie papierowej i ustalenie ich dokładnej liczby było niemożliwe.

(akta kontroli: tom I str. 172)

W Przychodni lekarze POZ wystawiali zaświadczenia na wniosek pacjenta, nieuregulowane w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Rodzaj tych zaświadczeń²⁸ oraz cennik za ich wydanie, określony został w zarządzeniu Kierownika Przychodni z dnia 19 sierpnia 2011 r. Jak wskazał Kierownik Przychodni, takie zaświadczenia były wydawane incydentalne i od lekarza POZ zależało czy zaświadczenie takie wyda – jeśli do wydania takiego zaświadczenia potrzebne były badania z listy badań POZ, to koszty tych badań ponosiła Przychodnia.

(akta kontroli: tom I str. 172-173)

1.7. Analiza czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej przeprowadzona na próbie formularzy porad, wypełnionych przez 17 lekarzy Przychodni²⁹ podczas udzielania przez nich łącznie 680 świadczeń, wykazała, że:

(1) dla porad pierwszorazowych³⁰:

- łączny średni czas trwania porady wyniósł 15,2 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 40 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 4,9 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min),

²⁸ Zaświadczenia: o zakończeniu leczenia po 30 dniach do zakładu pracy, po wypadkach do celów ubezpieczeniowych, że pacjent jest pod stałą kontrolą Przychodni, do Urzędu Skarbowego w celu odliczeń podatkowych, do sądu, wystawiane w celu uzyskania zapomogi w zakładzie pracy, o możliwości kandydowania na ławnika sądowego, o stanie zdrowia do pracy za granicą.

²⁹ 11 lekarzy udzielających świadczeń POZ i sześciu lekarzy udzielających świadczeń AOS.

³⁰ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni – łącznie analizie poddano 178 świadczeń.

- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5,6 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 10,5 min (czas minimalny – 4 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 69,3% w łącznym średnim czasie trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 4,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 30,7% w łącznym średnim czasie trwania porady³¹;

(2) dla kontynuacji leczenia³²:

- łączny średni czas trwania porady wyniósł 12,5 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 35 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 3,7 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 15 min),
- średni czas badania przedmiotowego wyniósł 5,5 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 15 min),
- łączny średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 9,2 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 20 min), co stanowiło 73,7% w łącznym średnim czasie trwania porady,
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady, wyniósł 3,3 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 26,3% w łącznym średnim czasie trwania porady³³;

(3) dla teleporad:

- łączny średni czas trwania teleporady wyniósł 12,1 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 60 min),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 6,9 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 40 min),
- średni czas wypełniania dokumentacji medycznej i innych czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady, wyniósł 5,2 min (czas minimalny – 0,5 min, czas maksymalny – 25 min), co stanowiło 43,0% w łącznym średnim czasie trwania porady.

Na badanie³⁴ podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznacжали średnio ponad 71% czasu trwania porady, a niecałe 29% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

(akta kontroli: tom I str. 143-163)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

- 1) W Regulaminie organizacyjnym Przychodni z dnia 24 września 2015 r. nie zawarto wszystkich wymaganych w art. 24 ust. 1 *ustawy o działalności leczniczej* elementów, tj. organizacji, zakresu i przebiegu udzielania świadczeń, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w formie teleporady (art. 24 ust. 1 pkt 4 i pkt 6),

³¹ 48,8% porad pierwszorazowych poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne były dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem.

³² Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz – łącznie analizie poddano 201 świadczeń.

³³ 34,8% porad kontynuacji leczenia poddanych analizie stanowiły porady, w których czas poświęcony na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne były dłuższy niż 30% czasu trwania porady ogółem.

³⁴ Dotyczy w zbadanym zakresie udzielonych porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym porady pierwszorazowe oraz kontynuacja leczenia.

miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 24 ust. 1 pkt 5) oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (art. 24 ust. 1 pkt 12). Ponadto Regulamin ten nie odzwierciedlał faktycznego stanu organizacyjnego Przychodni i zawierał nieaktualne informacje dotyczące funkcjonowania Przychodni, tj. zawarto w nim informację, że Przychodnia czynna jest w godz. od 8:00 do 18:00 (faktyczny czas otwarcia to od 7:00 do 19:00) oraz, że w skład Przychodni wchodzi poradnia neurologiczna.

(akta kontroli: tom I str. 37-51, 81-85, 100)

Kierownik Przychodni wyjaśnił, że: Regulamin organizacyjny Przychodni nie został zaktualizowany w 2020 r. w związku ze zwiększonym zakresem prac związanym z pandemią, natomiast informacje dotyczące opłat za świadczenia zdrowotne są zawarte w oddzielnym zarządzeniu Kierownika Przychodni; w poprzednich latach funkcjonowała w Przychodni poradnia neurologiczna i po tym jak nie otrzymaliśmy na nią kontraktu w konkursie NFZ, w każdym następnym postępowaniu konkursowym występowaliśmy o nią – niestety bezskutecznie.

(akta kontroli: tom I str. 370)

- 2) 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 zakończeniu działalności w Przychodni poradni neurologicznej i poradni diabetologicznej. Ponadto w ww. Rejestrze wskazano ul. Legnicką 12 jako adres poradni preluksacyjnej, gdy faktycznie poradnia ta znajdowała się przy ul. Kazimierza Wielkiego 11.

(akta kontroli: tom I str. 3-31, 85, 100)

Kierownik Przychodni wyjaśnił, że: starając się o kontrakty NFZ na świadczenia gwarantowane w zakresie AOS udzielane w poradniach specjalistycznych: neurologicznej i diabetologicznej musieliśmy je zgłosić do rejestru Wojewody Dolnośląskiego; postępowanie konkursowe zostało jednak przełożone, ale najprawdopodobniej zostanie ogłoszone w 2021 r. Jeżeli chodzi o poradnie preluksacyjną, to do jesieni 2019 r. mieściła się w budynku Przychodni przy ul. Legnickiej 12 i dopiero potem została przeniesiona do nowo wybudowanego budynku sąsiedniego – adresu nie zmieniliśmy przez przeoczenie.

(akta kontroli: tom I str. 370)

OCENA CZĄSTKOWA

Podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewniał w Przychodni odpowiednie wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów, jednak pielęgniarki i położne nie były zaangażowane wyłącznie w udzielanie świadczeń medycznych, gdyż wykonywały również czynności o charakterze administracyjnym. Zatrudniony w Przychodni personel medyczny spełniał wymagania w zakresie wymaganych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, jednak nie wykorzystano możliwości zlecania pielęgniarkom i położnym przewidzianej dla tych zawodów, samodzielnej kontynuacji leczenia pacjenta. Regulamin organizacyjny Przychodni określał częściowo zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni; nie zostały określone szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń w formie teleporady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności. Zapewniono dostępność ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, za wyjątkiem okresu czasowego zaprzestania udzielania świadczeń w kilku poradniach (ze względu na stan zagrożenia epidemicznego w Polsce). Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta (dotyczy porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) lekarze przeznaczali średnio

ponad 71% czasu trwania porady, a niecałe 29% na wypełnianie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne.

OBSZAR

2. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

2.1. Przychodnia użytkowała następujące systemy informatyczne:

1) systemy medyczne (tzw. część biała):

- mMedica (producent Asseco Poland S.A.), wdrożony w styczniu 2011 r. do wspomagania rozliczenia kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, gromadzenia danych medycznych, w tym służący do prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, usprawnienia obsługi pacjenta oraz organizacji pracy, który zawierał moduły: Kartoteka, Deklaracje, Kolejka, Rezerwacje, Rozliczenia, Recepty, Gabinet, Raporty;
- ArPACS (producent: Synektik S.A), wdrożony 27 marca 2019 r., który zawierał podsystemy: RIS³⁵ i PACS³⁶, tworząc zintegrowany system zarządzania diagnostyką obrazową RTG;

2) systemy administracyjne (tzw. część szara):

- Sage Symfonia 2.0 (producent Asseco Poland S.A.), wdrożony w 2010 r. do obsługi działalności finansowo-księgowej i administracyjnej, który zawierał moduły: *Finanse i Księgowość* oraz *Kadry i Płace*;
- System Płatnik – system bezpłatny, udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, służący do tworzenia, weryfikacji oraz wysyłania dokumentów ubezpieczeniowych.

Wymienione powyżej systemy nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio, pomiędzy częścią białą a szarą. Wszystkie zakupione moduły użytkowanych w Przychodni systemów i ich funkcjonalności były wykorzystywane³⁷. Jak wskazał Kierownik Przychodni, wymiana danych między systemami, w szczególności liczenie kosztów udzielonych świadczeń, polegała na tym, że koszty były zestawiane na poszczególne poradnie i księgowane zgodnie z planem kont w programie księgowym Symfonia. Ponadto system mMedica nie był zasilany bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej – wyniki badań mogły być jedynie ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika. Na dzień kontroli użytkownicy zasilali system mMedica w zakresie opisów z diagnostyki obrazowej RTG (brak importu zdjęć).

W Przychodni nie zapewniono inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące własnego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji (szczegółowy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

System informatyczny Przychodni składał się z 34 stanowisk komputerowych, które w zależności od roli użytkownika pełnionej w Przychodni miały odpowiednio dostosowaną konfigurację sprzętowo-programową.

³⁵ Radiologiczny System Informacyjny (ang. Radiology Information System) – system do elektronicznego zarządzania działami obrazowania, który ma zasadnicze znaczenie dla sprawnego przepływu informacji w placówce medycznej.

³⁶ System PACS (ang. Picture Archiving and Communication System) – system archiwizacji i dystrybucji obrazów, którego celem jest obsługa informatyczna zadań wykonywanych w ramach diagnostyki obrazowej w zakresie danych obrazowych.

³⁷ Z wyjątkiem funkcjonalności, które ze względu na specyfikę Przychodni, nie mogły być wykorzystywane, jak np. funkcjonalności „Rejestr umów na wykonywanie badań”, „Rozliczenie wykonanych badań”, „Płatności za wykonane badania” w systemie ArPACS (Przychodnia nie korzystała z komercyjnego rozliczania świadczeń).

Gabinety lekarskie, oraz gabinety pielęgniarek i przełożonej pielęgniarek wyposażone były w stacje robocze i drukarki ze skanerem służące do drukowania recept, skierowań i innych dokumentów przeznaczonych dla pacjentów, oraz kopiowania dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjentów. Oprogramowanie takiej stacji to system gabinetowy mMedica i oprogramowanie umożliwiające podgląd zdjęć RTG wykonanych w pracowni RTG Przychodni. Zdjęcia z innych pracowni mogły być otwierane z płyt dostarczanych przez pacjentów. Dostępne były także on-line platformy EWUŚ, zus.pl. Dodatkowo gabinet poradni urazowo-ortopedycznej wyposażony był w specjalny monitor komputerowy służący do przeglądania zdjęć RTG w podwyższonej jakości, a gabinet lekarzy opisujących zdjęcia wykonane w pracowni RTG wyposażony był w dwa monitory systemowe o podwyższonej jakości wyświetlania zdjęć.

Pomieszczenia rejestracji wyposażone były w drukarki oraz stacje robocze z oprogramowaniem mMedica z modulem Rejestracja oraz z dostępnym on-line systemem EWUŚ.

Laboratorium wyposażone było w dwa komputery z drukarką – jeden służący do pobierania i drukowania wyników badań z laboratorium wykonującego niektóre z badań, drugi do zautomatyzowanej obsługi urządzenia diagnostycznego ACCENT 200 i automatycznego drukowania wykonanych wyników badań.

Pomieszczenie obsługi RTG wyposażone było w dwa komputery – jeden służący do przyjmowania i bieżącej obsługi ruchu pacjentów i zleceń na wykonanie badań RTG w systemie RIS, wraz z obsługą urządzenia do automatycznego zapisu płyt CD zawierających wykonane zdjęcia RTG, oraz drugi – dedykowane urządzenie sterujące aparatu rentgenowskiego.

Pomieszczenia administracyjne wyposażone były w stanowiska komputerowe z oprogramowaniem mMedica służącym do bieżącego rozliczania świadczeń wraz z systemami rozliczeniowymi on-line udostępnionymi przez NFZ, oraz drukarko-skanery. Dodatkowo pomieszczenie księgowości i płac wyposażone były w stanowiska komputerowe z urządzeniem wielofunkcyjnym i oprogramowaniem Sage Symfonia i System Płatnik.

(akta kontroli: tom I str. 114-119, 322-328)

2.2. W okresie objętym kontrolą na zakup lub eksploatację systemów informatycznych wspierających proces udzielania świadczeń i wymaganą sprawozdawczość Przychodnia poniosła koszty w wysokości:

- 219 400,46 zł, w tym 175 697,55 zł w formie dofinansowania ze środków Unii Europejskiej oraz 43 702,91 zł ze środków własnych, na zakup sprzętu komputerowego, serwerów, drukarek oraz licencji na nowe oprogramowania niezbędne do uruchomienia systemu informatycznego (wraz z dostawą, montażem, instalacją, uruchomieniem i wdrożeniem)³⁸;
- 113 825,54 zł w całości ze środków własnych, na eksploatację systemów informatycznych, w tym na konserwację/servis/naprawy, opłaty za aktualizacje już istniejącego systemu bądź koszty licencji obcych³⁹;

³⁸ Były to przede wszystkim koszty: zakupu w 2019 r. oprogramowania i licencji Informatycznego Systemu Radiologicznego ArPACS, w wysokości 108 000,00 zł oraz zakupu stacji i urządzeń peryferyjnych (serwer, komputer z duplikatorem, stacja opisowa, stacja lekarska) dla tego systemu, w wysokości 81 000,00 zł; zakupu w 2019 r. trzech zestawów komputerowych, drukarki, rutera i serwera, w wysokości 17 703,00 zł; zakupu w 2020 r. programu serwerowego WinSvrSTDCore, w wysokości 8 342,03 zł oraz zakupu pięciu drukarek, w wysokości 3 703,53 zł (1 538,73 zł w 2019 r. i 2 164,80 zł w 2020 r.).

³⁹ Były to przede wszystkim koszty: odnowienia licencji systemu mMedica w wysokości 18 378,66 zł (9 019,59 zł w 2019 r. i 9 359,07 zł w 2020 r.) oraz systemu SAGE-Symfonia w wysokości 4 809,30 zł (2 334,54 zł w 2019 r. i 2 474,76 zł w 2020 r.), zakupu tonerów do drukarek w wysokości 23 552,32 zł (15 526,90 zł w 2019 r. i 8 025,42 zł w 2020 r.) oraz koszt 64 350,00 zł za asystę techniczną, na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej, polegającą na wykonywaniu przeglądów, konserwacji i wszelkich napraw sieci komputerowej, jak również wykonywanie archiwizacji i zabezpieczenia baz danych.

- 8 505,45 zł w całości ze środków własnych, na rozbudowę już istniejącego systemu informatycznego⁴⁰.

(akta kontroli: tom I str. 120-122, 136-137, 215-224)

2.3. W okresie objętym kontrolą Przychodnia prowadziła jedno postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁴¹, obejmujące m.in. system informatyczny wspierający proces udzielania świadczeń, pn. *Dostawa specjalistycznego sprzętu medycznego dla Centrum Medycznego dla regionu Chojnowa*, które zostało wszczęte 21 listopada 2018 r. i zakończyło się zawarciem w dniu 31 stycznia 2019 r. umowy z wykonawcą na dostawę, montaż oraz uruchomienie cyfrowego aparatu rentgenowskiego, w tym Informatycznego Systemu Radiologicznego ArPACS wraz ze stacją i urządzeniami peryferyjnymi (serwer, komputer z duplikatorem, stacja opisowa, stacja lekarska).

Na podstawie przeprowadzonego badania dokumentacji dotyczącej ww. zamówienia stwierdzono, że środki zostały wydatkowane racjonalnie z zachowaniem zasady uczciwej konkurencji zachodzącej pomiędzy podmiotami ubiegającymi się o zamówienie publiczne. Zamówienia udzielono po prawidłowo przeprowadzonym postępowaniu, w szczególności:

- wartość zamówień została prawidłowo i z należytą starannością określona, zgodnie z art. 32 ust. 1 i 2 oraz art. 35 ust. 1 Pzp;
- zastosowano dozwolone kryteria do wyboru wykonawcy zamówienia, określone w art. 91 ust. 2 Pzp;
- w prawidłowy sposób dokonano ogłoszenia o zamówieniu, zgodnie z art. 40-42 Pzp; w celu przeprowadzenia postępowania powołano komisję przetargową; osoby wykonujące czynności w postępowaniu złożyły pisemne oświadczenie o braku lub istnieniu okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 2 Pzp;
- najkorzystniejsza oferta została wybrana w oparciu o ustalone wcześniej kryteria oraz była zgodna z SIWZ (art. 82 ust. 3 i art. 91 ust. 1 Pzp);
- zakres świadczenia wykonawcy wynikający z zawartej umowy był tożsamy z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie, zgodnie z art. 140 ust. 1 Pzp; umowę tę zrealizowano terminowo oraz zgodnie z zapisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia, co potwierdzono protokołami odbioru.

W wyniku analizy ww. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego stwierdzono naruszenia przepisów ustawy Pzp, które nie miały wpływu na wynik postępowania (szczegółowy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli: tom I str. 243-265, 273-303, 329-341)

Przed ww. postępowaniem została przeprowadzona ocena rzeczywistego zapotrzebowania (analiza potrzeb)⁴² oraz określono wymagania funkcjonalne dla oprogramowania.

(akta kontroli: tom I str. 266-272)

Dobór sprzętu informatycznego zagwarantował stabilność systemu, tj.:

- a) planowano stworzenie zupełnie nowej infrastruktury sprzętowej wraz oprogramowaniem medycznym RIS/PACS;
- b) wybierając serwery i macierze zwracano uwagę na:

⁴⁰ Koszt w całości poniesiony w 2019 r. na łącze światłowodowe pomiędzy budynkami Przychodni.

⁴¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm. Dalej: Pzp.

⁴² Opracowanie pn. „Specyfikacja techniczna planowanego do zakupu rentgena cyfrowego wraz z wyceną” sporządzone przez Agencję Rozwoju Regionalnego ARLEG S.A w Legnicy na zlecenie Przychodni.

- wydajność głównej jednostki obliczeniowej (procesora), liczbę jego rdzeni, częstotliwość ich taktowania oraz rozmiar pamięci podręcznej (cache) i jej wydajność, a także liczbę fizycznych procesorów w serwerze,
 - fakt czy system operacyjny jest stabilny i zapewnia wszystkie wymagane funkcjonalności, w szczególności czy umożliwia współpracę w zakresie przyjmowania zleceń i odsyłania wyników, według standardu HL7 z systemem Przychodni (mMedica) oraz systemami teleradiologicznymi (TELE/VPN),
 - rozwiązania zapewnienia zasilania, tj. dodatkowy zasilacz awaryjny;
- c) przy zakupie serwera zwracano uwagę na umowę serwisową z dostawcą (czas realizacji naprawy, czas reakcji serwisu w razie nagłej awarii)⁴³;
- d) przy zakupie macierzy zwracano uwagę na ich pojemność i możliwość ewentualnej rozbudowy o dodatkowe dyski twarde oraz wydajność, która oznacza czas zapisu i odczytu danych z dysków oraz czas dostępu do danych już zapisanych⁴⁴;
- e) dostosowano pakiet licencji do potrzeb Przychodni⁴⁵;
- f) brano pod uwagę perspektywę czasową i zwrócono uwagę na ukryte koszty, tj. brano pod uwagę możliwe drogi uniknięcia dodatkowych kosztów w przyszłości⁴⁶.

(akta kontroli: tom I str. 304-328)

2.4. Wykorzystywany system informatyczny spełniał wymagania do prowadzenia do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej, zgodnie z § 1 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

System informatyczny w Przychodni zapewniał:

- integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych – użytkownik systemu był jednoznacznie identyfikowany poprzez nadany mu indywidualny identyfikator, a uprawnienia dostępu użytkowników systemu były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska;
- identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu, jednak system mMedica nie prezentował pełnej historii zmian dokumentów (widoczna była ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja) wraz z informacją o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu w formie elektronicznej – Przychodnia nie miała dostępu do logowania zmian bezpośrednio w bazie danych;
- podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą podpisu kwalifikowanego i PUE (lekarze w Przychodni wykorzystywali podpis PUE-ZUS natomiast podpis

⁴³ Gwarancja wynosząca 24 miesiące na prawidłowe funkcjonowanie zainstalowanego oprogramowania, która zapewniała zdalny monitoring bieżącego funkcjonowania systemu oraz pomoc telefoniczną (helpdesk) w dni robocze w godz. od 7 do 17. Czas rozpoczęcia procedury usunięcia zgłoszenia awarii lub błędu krytycznego uniemożliwiającego korzystanie z podstawowych funkcji systemu określono na max. 24 godziny.

⁴⁴ Przestrzeń obrazowa dla systemu operacyjnego min. 1 TB, a dla systemu archiwizacji min. 4 TB z możliwością rozbudowy; dyski twarde pracujące w architekturze RAID5; moduł archiwizacji długoterminowej z wykorzystaniem jednego z typu napędów LTO/NAS/Streamer o wielkości pozwalającej na odwzorowanie archiwum online min. 4 TB.

⁴⁵ Licencja na czas nieokreślony na systemy: Serwer RIS, Serwer PACS, Serwer Dystrybucji Obrazów, Oprogramowanie Duplikatora.

⁴⁶ Udzielona licencja obejmowała również wszelkie modyfikacje, poprawki oraz aktualizacje systemu wprowadzone w trakcie trwania okresu gwarancyjnego; oprogramowanie wykorzystywało niekomercyjny system bazy danych PostgreSQL (otwarty system zarządzania relacyjnymi bazami danych); system operacyjny klasy Windows Server 2016.

kwalifikowany wykorzystywany⁴⁷ był przez pracowników administracji w części szarej);

- informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji, jednak system mMedica nie zapewniał dostępu do pełnej historii logowania zmian w dokumentacji medycznej;
- przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 pkt 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*, tj. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie diagnostyczne, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ) i specjalizacji lekarzy w następujących dokumentach:
 - historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych,
 - skierowanie do laboratorium,
 - skierowanie do pracowni diagnostycznej,
 - informacja dla lekarza kierującego POZ;
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach HL7⁴⁸, a podłączone urządzenia Przychodni wyposażone były w moduł DICOM⁴⁹, czyli możliwość eksportu całości danych w tych standardach i formatach w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym;
- możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

(akta kontroli: tom I str. 184-214)

2.5. Zapewnione zostały warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, jednak dokumentacja ta była prowadzona w Przychodni w formie elektronicznej w ograniczonym zakresie. W systemie mMedica wdrożono podsystemy: Gabinet, Rejestracja, Terminarz, Deklaracje; nie został w pełni wdrożony podsystem Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM). Lekarze Przychodni (POZ, AOS) prowadzili częściowo dokumentację medyczną w postaci elektronicznej. Niektóra dokumentacja była prowadzona w postaci papierowej, także jako wydruk z systemu mMedica. W zakresie e-usług: e-Skierowanie i e-Recepta były praktykowane wydruki na życzenie pacjenta. Pielęgniarki i położne środowiskowe prowadziły dokumentację medyczną w formie papierowej; formą elektroniczną miały dokumenty w zakresie sprawozdawczości NFZ. Dział rehabilitacji leczniczej, znajdujący się w odrębnym budynku, nie posiadał połączenia z systemem mMedica i dokumentacja była prowadzona jedynie w formie papierowej. Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, są techniczne możliwości wprowadzenia pełnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej – został zakupiony podsystem EDM lecz w związku z nawałem pracy związanej z pandemią COVID-19 nie został w pełni wdrożony, a personel nie został przeszkolony, ponadto do końca 2020 r. będzie wdrożone automatyczne przekazywanie wyników z laboratorium analitycznego Przychodni do systemu mMedica.

(akta kontroli: tom I str. 187, 179)

⁴⁷ W Przychodni wykorzystywane były trzy podpisy kwalifikowane.

⁴⁸ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

⁴⁹ DICOM – międzynarodowy standard przesyłania, przechowywania, pobierania, drukowania, przetwarzania i wyświetlania informacji z obrazowania medycznego. Zapewnia interoperacyjność z obrazowaniem medycznego. Integruje urządzenia do akwizycji obrazu, systemy PACS, stacje robocze, VNA i drukarki różnych producentów. Dane w formacie DICOM mają dużą objętość, wymagają specjalnego oprogramowania i sprzętu komputerowego, a także łączą o wysokiej przepustowości.

Opracowano i wdrożono w Przychodni w kwietniu 2011 r. „Politykę Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych”. Na podstawie ww. polityki bezpieczeństwa, personel Przychodni był upoważniony do przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym. Polityka ta nie była jednak na bieżąco aktualizowana (szczegółowy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli: tom I str. 230-242)

W związku z tym, że system mMedica był serwisowany przez Informatyka Przychodni na podstawie umowy cywilnoprawnej, Informatyk ten posiadał stosowne Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych z dnia 7 września 2018 r. Upoważnienie to obejmowało prowadzenie operacji lub zestawu operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób niezautomatyzowany, w związku z trwaniem stosunku pracy oraz posiadanymi uprawnieniami specjalistycznymi.

Producent systemu ArPACS świadczył usługi z zakresu dostosowania tego systemu do funkcjonującego w Przychodni systemu mMedica oraz prowadził serwis powdrożeniowy, przez co miał dostęp do danych osobowych pracowników oraz pacjentów Przychodni zawartych w systemie mMedica. W związku z powyższym w dniu 28 lutego 2019 r. została zawarta Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych pomiędzy Przychodnią a producentem systemu ArPACS.

(akta kontroli: tom I str. 187, 225-229)

Systemy informatyczne Przychodni, pomimo braku sformalizowanych zasad polityki hasel, były wyposażone w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia te obejmowały wymóg podania hasła zabezpieczającego do systemu operacyjnego Windows oraz loginu i hasła do systemów: mMedica (zabezpieczenie na poziomie indywidualnego identyfikatora użytkownika oraz hasła o minimalnej długości ośmiu znaków, zawierającego kombinację dużych i małych liter oraz cyfr lub znaków specjalnych; zmiana hasła co 30 dni) i ArPACS (zabezpieczenie na poziomie indywidualnego identyfikatora użytkownika oraz hasła o minimalnej długości sześciu znaków w postaci małych liter oraz cyfr).

Uprawnienia dostępu do systemów informatycznych były nadawane wyłącznie w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska, w zależności od wykonywanych czynności służbowych lub umownych. Wniosek o nadanie lub modyfikację uprawnień do systemu informatycznego kierowany był drogą ustną przez Kierownika Przychodni do administratora systemu (Informatyk Przychodni). Do obsługi systemu informatycznego przetwarzającego dane osobowe mogła być dopuszczona wyłącznie osoba posiadająca uprawnienie do przetwarzania danych w systemach komputerowych.

(akta kontroli: tom I str. 177-178, 187)

2.6. W wyniku analizy kontrolnej, ustalono m.in., że wykorzystywany w Przychodni system informatyczny zasadniczo stanowił 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] braku połączenia elektronicznego budynku, w którym znajdowała się rehabilitacja ambulatoryjna, z dwoma pozostałymi budynkami Przychodni, pomimo faktu, że system pozwalał na bieżący przepływ informacji pomiędzy wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi Przychodni; [3] niewykorzystywania do komunikacji z OW NFZ interfejsu dostępowego z wykorzystaniem usług sieciowych, w oparciu

o mechanizm WSBroker, a jedynie wykorzystywał automatyzację skrzynki pocztowej NFZ; [4] 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.:

- miał możliwość pracy zarówno na urządzeniach stacjonarnych, jak i mobilnych np. laptopach⁵⁰;
- oferował dostęp do najczęściej używanych funkcji zlokalizowany w jednym oknie tak, aby wykonanie prostej czynności nie wymagało wielokrotnego przełączania się między oknami, np. obsługa wizyty odbywała się w jednym oknie pod kątem wywiadu, badania, opisu wizyty, ewidencji rozpoznania oraz wglądu do poprzedniej wizyty; wystawienie zleceń, e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, ewidencja procedur ICD-9, inne druki odbywała się w kolejnych oknach wywoływanych w panelu po lewej stronie; miał możliwość wyłączenia niewykorzystanych elementów menu czy zakładek – konfiguracja wyglądu modułu Gabinet odbywała się na poziomie całego systemu (globalnie), danej stacji roboczej bądź użytkownika;
- 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 Oddziałem Wojewódzkim NFZ (dalej: OW NFZ); pozwalał na automatyczne generowanie raportu statystycznego na podstawie ustalonego harmonogramu zadań⁵¹;
- 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;
- był zintegrowany z systemem Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) i pozwalał na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta⁵²;
- posiadał dostęp do aktualizowanej⁵³ automatycznie bazy leków "Pharmindex", dotyczącej charakterystyki produktu leczniczego, kwoty refundacji, dawkowania oraz dostępności w aptekach zewnętrznych;

⁵⁰ Personel Przychodni nie posiadał urządzeń mobilnych jak np. tablet.

⁵¹ Przychodnia nie generowała automatycznie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń – generowanie odbywało się przez wyznaczonych pracowników Działu ds. statystyki i rozliczeń. Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, taka organizacja pracy, tj. świadome generowanie raportu statystycznego i bieżące poprawianie błędów, było bardziej ergonomiczne.

⁵² System eWUŚ w 2019 r. nie potwierdził ubezpieczenia 436 pacjentów, a w 2020 r. (do końca września) – 472 pacjentów. Osoby te złożyły stosowne *Oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej*, które były przechowywane w Dziale Rozliczeń Przychodni.

⁵³ Ostatnia aktualizacja bazy leków była z dnia 2 listopada 2020 r., a dane o refundacjach – z dnia 1 listopada 2020 r.

- 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 ewidencjonowania, drukowania oraz modyfikowania wzorów w przypadku zmian przepisów prawa; zapewniał możliwość tworzenia nowych dokumentów/wydruków na poziomie administracyjnym (opcja niewykorzystywana w Przychodni); zapewnia możliwości dołączania do dokumentacji elektronicznej plików (opcja niewykorzystywana);
- 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.

W Przychodni nie był prowadzony rejestr awarii systemów informatycznych. Jak oświadczył Informatyk Przychodni, w okresie objętym kontrolą (tj. od stycznia 2019 r.) brak było awarii systemu informatycznego.

(akta kontroli: tom I str. 179, 184-214)

Według opinii personelu medycznego⁵⁴, dotyczącej wykorzystywanego w Przychodni systemu informatycznego, wynikało, że:

- dla wszystkich tych osób system jest narzędziem wspierającym pracę w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz jest intuicyjny w obsłudze;
- 94,1% zapytanego personelu zostało przeszkolonych z obsługi wszystkich wykorzystywanych przez te osoby funkcjonalności systemu; jedna osoba nie została przeszkolona ponieważ samodzielnie zapoznała się z obsługą systemu;
- 76,5% osób wymagało wsparcia Informatyka Przychodni przy obsłudze systemu, głównie w przypadkach awaryjnych (trudności z połączeniem z systemem eWUŚ, brak połączenia z Internetem i/lub serwerem Przychodni, problemy z logowaniem do systemu) oraz wprowadzania nowych funkcjonalności; cztery osoby obsługiwało system samodzielnie i nie wymagało wsparcia ze strony innych osób.

(akta kontroli: tom I str. 342-358)

2.7. Dnia 22 listopada 2019 r. godz. 9:13 Przychodnia została podłączona do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (System P1), a tym samym zrealizowano wymóg⁵⁵ wynikający z art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵⁶.

Przychodnia używała Systemu P1 do wystawiania e-recept od listopada 2019 r. W 2019 r. wystawiono w formie papierowej 96,5% recept, natomiast w 2020 r. (do 30 września) wystawiono w formie papierowej 8,9% recept, z tego większość w miesiącu styczniu. Jak wskazał Kierownik Przychodni, recepty w formie papierowej w Przychodni wystawiane były w 2020 r. tylko w przypadkach, gdy ich

⁵⁴ Na podstawie odpowiedzi na skierowane do 17 osób, w tym: sześciu lekarzy (czterech POZ i dwóch AOS), 10 pielęgniarek i jednej położnej, pytania w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej wykorzystywanego w Przychodni systemu informatycznego.

⁵⁵ Należało tego dokonać nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

⁵⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 702, dalej: *ustawa o systemie informacji*.

wystawienie w formie elektronicznej było niemożliwe (np. awarie Internetu lub Platformy P1) oraz w przypadku lekarza na wizycie domowej.

W Przychodni e-skierowania wystawiane były przez lekarzy od września 2020 r.⁵⁷.

(akta kontroli: tom I str. 141-142, 190)

2.8. W Przychodni, 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 Przychodni nie upoważnili także tzw. asystentów medycznych do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept. Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, zwolnienia w Przychodni mogą wypisywać wyłącznie lekarze; a ponadto sześć pielęgniarek było uprawnionych, z racji wykształcenia (studia medyczne lub ukończone specjalizacje), do wystawiania recept.

Szkolenia lekarzy w zakresie wystawiania e-zwolnień i e-recept wykonywane były indywidualnie według zgłaszanych potrzeb przez Informatyka Przychodni oraz Kierownika Przychodni. Jak wskazał Kierownik Przychodni, część lekarzy pracujących także w innych jednostkach służby zdrowia po za Przychodnią, nie potrzebowała szkoleń w tym zakresie.

(akta kontroli: tom I str. 179)

2.9. Średni czas wypełniania formularzy przez lekarzy⁵⁸ udzielających świadczeń medycznych w Przychodni przedstawiał się jak niżej i wyniósł dla poszczególnych formularzy w wersji elektronicznej (i papierowej jeżeli dotyczy):

- zlecenie na wyroby medyczne (e-zlecenie) – 4,7 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 10 min);
- recepty (e-recepta), wpisanie nowego leku – 3,3 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 5 min);
- recepta (e-recepta), powtórzenie leku – 3,4 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 7 min);
- Karta DİLO – 7,2 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 5 min);
- zwolnienie lekarskie (e-zwolnienie) – 5,4 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 10 min);
- skierowanie do poradni specjalistycznej – 3,0 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 5 min);
- skierowanie na badania laboratoryjne – 3,0 min (czas minimalny – 1 min, czas maksymalny – 5 min), a dla wersji papierowej – 2,0 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 2 min);
- skierowanie na badanie diagnostyczne obrazowe – 3,2 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 5 min), a dla wersji papierowej – 2,0 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 2 min);
- skierowanie do sanatorium – 7,0 min (czas minimalny – 6 min, czas maksymalny – 8 min), a dla wersji papierowej – 13,3 min (czas minimalny – 10 min, czas maksymalny – 20 min);

⁵⁷ Do 30 września 2020 r. w Przychodni wystawiono łącznie 101 e-skierowań, w tym do poradni: alergologicznej – 4, chirurgii naczyniowej – 1, chirurgii ogólnej – 25, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 8, chorób płuc – 1, dermatologicznej – 12, diabetologicznej – 2, endokrynologicznej – 2, gastroenterologicznej – 1, kardiologicznej – 5, kardiologii dziecięcej – 1, leczenia uzależnień – 1, neurochirurgicznej – 2, neurologicznej – 11, okulistycznej – 8, otorynolaryngologicznej – 8, urologicznej – 7, do szpitala – 2.

⁵⁸ Sześciu lekarzy, w tym czterech POZ i dwóch AOS.

- skierowanie do szpitala – 2,8 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 5 min), a dla wersji papierowej – 9,0 min (czas minimalny – 9 min, czas maksymalny – 9 min);
- informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego – 4,0 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 5 min), a dla wersji papierowej – 3,0 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 4 min);
- zaświadczenie lekarskie – 7,5 min (czas minimalny – 5 min, czas maksymalny – 10 min), a dla wersji papierowej – 3,4 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 5 min);
- transport sanitarny – 3,3 min (czas minimalny – 2 min, czas maksymalny – 5 min), a dla wersji papierowej – 5,7 min (czas minimalny – 3 min, czas maksymalny – 9 min).

(akta kontroli: tom I str. 359-366)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

- 1) Opracowana i wdrożona w Przychodni w 2011 r. „Polityka Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych” nie była na bieżąco aktualizowana, w szczególności w związku z nową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad, co było niezgodne z § 20 ust. 1 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 teleinformatycznych*⁵⁹. Dodatkowo, niezgodnie z § 20 ust. 2 pkt 2 ww. rozporządzenia, nie zapewniono w Przychodni inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące własnego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji.

(akta kontroli: tom I str. 177, 230-242)

Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, w związku z nawałem pracy i problemów związanych z pandemią w 2020 r. polityka bezpieczeństwa Przychodni nie była aktualizowana na bieżąco i w związku z tym zagadnienia dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad nie zostały tam określone. Jeżeli chodzi o niezapewnienie w Przychodni inwentaryzacji zasobów informatycznych i oprogramowania, to obowiązek ten nie był wykonywany formalnie, tzn. nie ma stosownych dokumentów – Przychodnia jest niewielką instytucją i dane te są znane Informatykowi i Kierownikowi Przychodni.

(akta kontroli: tom I str. 370)

- 2) W przeprowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. *Dostawa specjalistycznego sprzętu medycznego dla Centrum Medycznego dla regionu Chojnowa*, o wartości zamówienia większej niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 Pzp:
 - a) powołano⁶⁰ Komisję przetargową⁶¹, jednak nie określono jej trybu pracy oraz zakresu obowiązków poszczególnych członków komisji przetargowej, co było niezgodne z art. 21 ust. 3 Pzp;
 - b) przed udzieleniem zamówienia wezwano wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym terminie dokumentów, tj. odpisu z właściwego rejestru (KRS), które to dokumenty można było

⁵⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

⁶⁰ Zarządzenie Kierownika Przychodni z dnia 16 listopada 2018 r.

⁶¹ Składającą się z pięciu osób, w tym: Przewodniczącego, 3 członków i sekretarza.

uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, co było niezgodne z art. 26 ust. 6 Pzp;

- c) nieprawidłowo, w tym m.in. niezgodnie z dokumentami źródłowymi, sporządzono protokół postępowania, tj.: błędnie wypełniono pkt 6.3 protokołu – Ogłoszenie o zamówieniu (błędna data zamieszczenia ogłoszenia o zamówieniu na stronie internetowej: jest 19 listopada 2018 r., powinno być: 21 listopada 2018 r.) oraz nie wypełniono pkt 26.1 protokołu – Udzielenie zamówienia (brak umowy z wykonawcą, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza), co było niezgodne z art. 96 ust. 1 Pzp.

(akta kontroli: tom I str. 243-260, 253, 293, 298-299)

Jak wyjaśnił Kierownik Przychodni, odnośnie: a) Komisja przetargowa została powołana tylko do tego jednego postępowania i wydawało się, że ich zakres obowiązków przekazany ustnie będzie wystarczający; b) i c) procedurę przetargową prowadził podmiot zewnętrzny, którego pracownicy dbali o zgodność dokumentacji z przepisami Pzp.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 18 ust. 1 Pzp, za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia odpowiada kierownik zamawiającego. Jeśli zamawiający powierzył przeprowadzenie postępowania osobie trzeciej, która działała w imieniu i bezpośrednio na rzecz zamawiającego, to podjęte przez nią działania były wiążące dla zamawiającego i są traktowane jako działania samego zamawiającego.

(akta kontroli: tom I str. 370)

OCENA CZĄSTKOWA

Przychodnia była wyposażona w niezbędne narzędzia informatyczne wspierające proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, adekwatnie do liczby miejsc udzielania świadczeń, gabinetów oraz personelu. Jednak nie zapewniono w Przychodni inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące własnego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji. Systemy informatyczne Przychodni nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio, pomiędzy częścią białą a szarą. Dokumentacja medyczna była prowadzona w Przychodni w formie elektronicznej w ograniczonym zakresie, pomimo spełniania warunków organizacyjno-technicznych umożliwiających prowadzenie tej dokumentacji w postaci elektronicznej. Wdrożono w Przychodni „Politykę Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych”, jednak nie była ona na bieżąco aktualizowana. Nie wykorzystano możliwości odciążenia pracy lekarzy od czynności biurokratycznych poprzez nadanie uprawnień tzw. asystentom medycznym do wypisywania w imieniu lekarzy e-zwolnień i e-recept.

IV. Wnioski

Wnioski

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

- 1) Określenie w Regulaminie organizacyjnym Przychodni wszystkich zasad organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w formie teleporady.
- 2) Podjęcie działań zmierzających do uaktualnienia danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w taki sposób, aby odzwierciedlał faktyczny stan organizacyjny Przychodni.
- 3) Zaktualizowanie wdrożonego dokumentu „Polityka Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych”, w szczególności w związku z nową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad.

- 4) Zapewnienie w Przychodni inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące wykorzystywanego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji.

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, dnia grudnia 2020 r.

Kontroler:

Mariusz Orawczak
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

p.o. Dyrektor

Marcin Kaliński

.....
podpis

.....
podpis