



KZD.430.001.2021
Nr ewid. 26/2021/P/20/054/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**ORGANIZACJA PRACY
I ZAKRES OBOWIĄZKÓW ADMINISTRACYJNYCH
PERSONELU MEDYCZNEGO
W AMBULATORYJNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ**

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Tadeusz Dziuba

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

Warszawa, dnia 24.06.2021

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	8
2. OCENA OGÓLNA	12
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	13
4. WNIOSKI.....	17
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	18
5.1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.....	18
5.2. Zatrudnienie i wynagrodzenia.....	22
5.3. Obciążenie pracą personelu medycznego	27
5.4. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	33
6. ZAŁĄCZNIKI	52
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	52
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	60
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	77
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	80
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	81
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	87

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
Ambulatoryjna opieka zdrowotna	jedna z form prowadzenia działalności leczniczej polegająca na udzielaniu przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (art. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	jeden z rodzajów świadczeń gwarantowanych. Świadczenia takie udzielane są w poradniach specjalistycznych lub innych komórkach organizacyjnych lecznictwa ambulatoryjnego (także w domu pacjenta) przez lekarza, który ma odpowiednie kwalifikacje albo inną osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych. Pacjenci przyjmowani są do poradni specjalistycznych, co do zasady, na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach zawartej umowy z NFZ;
Asystent medyczny	funkcja, którą można pełnić w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Można ją powierzyć: <ul style="list-style-type: none">– osobie wykonującej zawód medyczny, np. pielęgniarce, położnej, fizjoterapeucie, ratownikowi medycznemu,– osobie wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, np. asystentce stomatologicznej czy rejestratorce medycznej. Asystent medyczny na podstawie upoważnienia, za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych, wystawia w imieniu lekarza e-zwolnienia, e-recepty i e-skierowania. Dane wprowadzone przez asystenta medycznego powinny dokładnie odzwierciedlać treść decyzji lekarza i być zgodne z wpisem w dokumentacji medycznej. W okresie ważności upoważnienia asystent medyczny może być obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ale ma obowiązek zachowania poufności wszelkich uzyskanych informacji;
Lekarz POZ	lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ¹ (art. 5 pkt 13a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
Lekarz specjalista	lekarz, który ma specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny (§ 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ²);
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
Osoba wykonująca zawód medyczny	osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej);
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
Personel medyczny	osoby wykonujące zawody medyczne w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. Pod pojęciem zawodów medycznych w niniejszej kontroli rozumie się zawód lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej;
Pielęgniarka POZ	pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy o POZ (art. 5 pkt 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
Podmiot leczniczy	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ³ , jednostka budżetowa, a także instytut badawczy czy fundacja lub stowarzyszenie. Warunkiem jest, aby udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą (art. 4 ustawy o działalności leczniczej);

¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1050, zwana dalej ustawą o POZ.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie AOS.

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 162.

- Podstawowa opieka zdrowotna** jeden z rodzajów świadczeń gwarantowanych. Stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Świadczenia w POZ udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej Poz. Realizowane są najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (gabiniecie, poradni lub przychodni), ale w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta lub domu pomocy społecznej. Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania;
- Położna POZ** położna podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy o POZ (art. 5 pkt 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- Porada** świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, także w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentyzę lub psychologa⁴. Od 17 października 2019 r. samodzielnych porad mogą udzielać również pielęgniarki i położne w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mające wymagane kwalifikacje, jako kontynuację leczenia, na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza⁵. Natomiast od 1 sierpnia 2020 r. samodzielnych porad mogą udzielać pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, w zależności od uprawnień zawodowych, w przypadkach uzasadnionych medycznie⁶;
- Porada lekarska w POZ** świadczenie opieki zdrowotnej przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza z wymaganymi kwalifikacjami, obejmujące: badanie przedmiotowe⁷, badanie podmiotowe⁸ lub świadczenia zabiegowe, badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza leczenia, lub ordynację leków (§ 2 ust. 1 pkt 13 zarządzenia Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm.⁹);
- POZ** Podstawowa opieka zdrowotna;

⁴ Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

⁵ Wykaz gwarantowanych świadczeń w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji został wprowadzony do rozporządzenia w sprawie AOS rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1864), zwane dalej rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie AOS.

⁶ Warunki realizacji porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej zostały wprowadzone do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540; zwane dalej rozporządzeniem w sprawie POZ) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1255), zwane dalej rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie POZ.

⁷ Badanie przedmiotowe – to fizykalne badanie lekarskie, wykonywane za pomocą oglądania, badania dotykiem (palpacja), opukiwania, osłuchiwania i pomiarów antropometrycznych (np. tętno, temperatura, ciśnienie tętnicze, wzrost).

⁸ Badanie podmiotowe – to wywiad lekarski.

⁹ Zwane dalej zarządzeniem Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie realizacji świadczeń POZ.

Rejestr Asystentów Medycznych	system teleinformatyczny, w którym są przetwarzane dane o pracownikach medycznych i osobach wykonujących zawód medyczny, lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich, czyli orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, recept i skierowań, na podstawie danych zawartych w sporządzonej przez lekarzy dokumentacji medycznej oraz w ich imieniu. Administratorem danych gromadzonych w Rejestrze Asystentów Medycznych jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 31b ust. 1–2 ustawy o systemie informacji);
Rodzaj świadczeń	świadczenia opieki zdrowotnej wskazane w § 2 ust. 1 pkt 1–15 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁰);
Świadczenie specjalistyczne	świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej (art. 5 pkt 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Obejmuje: ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, przedstawionych wyników badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach: <ul style="list-style-type: none"> a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, lub b) uzyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1–4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, lub d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (§ 2 ust. 1 pkt 28 zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.¹¹);
Świadczenie specjalistyczne receptowe	świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
Świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
Teleporada	świadczenie opieki zdrowotnej udzielane na odległość za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ¹² ;
Ustawa o systemie informacji	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ¹³ ;

¹⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie OWU.

¹¹ Zwane dalej zarządzeniem Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie realizacji świadczeń AOS.

¹² Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

¹³ Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴;

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa¹⁵;

Ustawa o zawodach lekarza ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁶;

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁷.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 1133.

¹⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 790.

¹⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 479.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy organizacja pracy personelu medycznego, zakres realizowanych zadań administracyjnych oraz podział kompetencji tworzył odpowiednie warunki dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów?
2. Czy stosowane narzędzia informatyczne wspierały personel medyczny w wykonywaniu obowiązków administracyjnych?

Jednostki kontrolowane

22 podmioty lecznicze prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Okres objęty kontrolą

2019–2020 do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.

Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Podejmuje decyzje w sprawach kadrowych i odpowiada za zatrudnianie na poszczególnych stanowiskach pracy osób z wymaganymi kwalifikacjami. Decyduje również o wprowadzaniu nowych rozwiązań usprawniających pracę personelu medycznego.

Podstawowym zadaniem kadry medycznej, w szczególności lekarzy, jest leczenie pacjentów. Tymczasem personel medyczny jest obciążony wieloma czynnościami administracyjnymi polegającymi m.in. na prowadzeniu dokumentacji medycznej, wystawianiu recept, skierowań, zleceń czy zwolnień lekarskich. W ramach POZ wydawane są także różnego rodzaju orzeczenia i zaświadczenia związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem w zajęciach sportowych oraz zorganizowanym wypoczynkiem dzieci i uczniów.

Samo prowadzenie dokumentacji medycznej, choć jest czynnością biurokratyczną, integralnie wiąże się z leczeniem. Dokumentacja medyczna stanowi źródło wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta, przebiegu jego leczenia, zleceń lekarskich, wydanych skierowań na badania diagnostyczne oraz wyników tych badań, a także ordynacji leków, czy wyrobów medycznych. Dane zawarte w dokumentacji medycznej zapewniają ciągłość leczenia, a także stanowią podstawę wykonywania przez pielęgniarkę lub położną zleceń lekarskich. Zakres danych, które trzeba zamieścić w dokumentacji, wpływa na czasochłonność jej wypełnienia.

Jednostki systemu opieki zdrowotnej zobowiązane są też do przekazywania informacji i danych dotyczących prowadzonej działalności i jej wyników, w formie i terminach oraz według zasad metodologicznych, określonych szczegółowo w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹⁸.

Istotną rolę w usprawnieniu pracy personelu medycznego powinna odgrywać informatyzacja i automatyzacja czynności administracyjnych. Wprowadzanie nowych rozwiązań często wywołuje problemy organizacyjne, niedopracowane zaś od strony technicznej rozwiązania mogą w praktyce tylko w ograniczonym stopniu wspierać pracę personelu, nawet ją utrudniać. Termin obowiązywania wyłącznie elektronicznej dokumentacji medycznej był przesuwany z powodu niskiego stopnia z informatyzowania placówek medycznych i braku pełnej gotowości systemów centralnych.

Elektroniczna dokumentacja medyczna niesie za sobą wiele korzyści dla codziennej pracy lekarza i zarządzania podmiotem leczniczym. Najważniejsze z nich to: możliwość prowadzenia rozliczeń i wymiany danych z płatnikiem świadczeń zdrowotnych (NFZ), czytelny, ustrukturyzowany zapis danych indywidualnych i zbiorczych, szybki dostęp do informacji administracyjnych oraz zdrowotnych pacjentów, poprawa bezpieczeństwa pacjenta (dane są czytelne, uporządkowane i chronione), poprawa bezpieczeństwa pracy lekarza (przejrzystość zapisu danych, alerty, inne narzędzia wsparcia dla diagnostyki i terapii), wymiana danych z innymi

¹⁸ Dz. U. 2021 r. poz. 955.

świadczeniodawcami i kooperującymi laboratoriami lub centrami diagnostycznymi, skrócenie czasu pracy biurowej (zapis wizyty przy użyciu szablonu, słowników medycznych, zbiorów formularzy, automatyczność procesów, możliwość delegowania rejestracji do niektórych prac administracyjnych), automatyczna sprawozdawczość (na rzecz GUS, MZ i sanepidu) powstająca w tle programu lub przy współdziałaniu użytkownika, możliwość tworzenia statystyk medycznych¹⁹.

Kluczowe znaczenie dla procesu informatyzacji w systemie ochrony zdrowia ma realizacja projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (system P1). Na platformie e-zdrowie wdrożono pierwsze e-usługi w ochronie zdrowia: wprowadzono e-receptę oraz e-skierowanie. Ponadto udostępniono bezpłatne aplikacje dla obywateli Internetowe Konto Pacjenta (IKP) dostępne pod adresem www.pacjent.gov.pl, które stanowi centrum zarządzania informacjami medycznymi, oraz dla lekarzy www.gabinet.gov.pl, umożliwiające m.in. wystawianie e-recept, e-skierowań, a dodatkowo lekarzom POZ zleceń na badanie w kierunku obecności koronawirusa²⁰.

E-recepta to centralny system informatyczny, udostępniony w ramach projektu P1. Celem tego systemu jest ułatwienie realizacji recept, ograniczenie błędów, optymalizacja czasu pracy lekarzy i farmaceutów oraz eliminacja problemu nieczytelnych i fałszywych recept. E-recepta to cyfrowa wersja dotychczasowej papierowej recepty. Obowiązek wystawiania recept w postaci elektronicznej od 8 stycznia 2020 r. wynika z art. 56 ust. 2 ustawy o systemie informacji.

E-skierowanie to centralny system informatyczny udostępniony w ramach projektu P1. Zadaniem udostępnionej funkcjonalności e-skierowania jest ułatwienie procesu realizacji skierowań, a także ograniczenie błędów, optymalizacja czasu zadań wykonywanych przez lekarzy i szybsze obsłużenie pacjentów oraz eliminacja problemu nieczytelnych skierowań. E-skierowanie stanowi cyfrową wersję dotychczasowego papierowego skierowania. Obowiązek wystawiania elektronicznych skierowań wszedł w życie od 8 stycznia 2021 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej²¹ określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których wystawiane są skierowania na świadczenia finansowane ze środków publicznych, takie jak: • leczenie w szpitalu; • ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; • badania echokardiograficzne płodu, endoskopowe

¹⁹ A. Windak, S. Chłabicz, A. Mastalerz-Migas (red.), *Medycyna Rodzinna, Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015, Wydanie I, s. 92–93.

²⁰ Poniesione wydatki w latach 2019–2020 wyniosły 111,0 mln zł z ramach porozumienia nr POPC.02.01.00-00-0066/17 o dofinansowanie projektu P1 faza 2, wraz z późn. aneksami oraz 93,5 mln zł w ramach Projektu Operacyjnego Polska Cyfrowa.

²¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 711, ze zm., dalej zwane rozporządzeniem w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej.

przewodu pokarmowego oraz rezonansu magnetycznego; • badania tomografii komputerowej i medycyny nuklearnej (również finansowane ze środków innych niż środki publiczne).

Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej. Ograniczenie związanych z tym obciążeń uzależnione jest od organizacji tego podmiotu oraz użytkowanego systemu informatycznego, który może wspierać lub utrudniać pracę personelu. System informatyczny w podmiocie udzielającym ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych powinien być narzędziem, które pozwala kompleksowo zarządzać pracą przychodni, od rejestracji, przez umawianie wizyt u lekarzy, przekazywanie wyników badań w gronie specjalistów, po prowadzenie dokumentacji medycznej. Powinien przyczyniać się do redukcji czynności administracyjno-biurowych, umożliwiać wspieranie codziennej aktywności medycznej, jak również planowanie i organizację tej działalności oraz wspomaganie procesu terapeutyczno-diagnostycznego. Dane pacjenta oraz wyniki badań laboratoryjnych powinny być udostępnione na terenie całej jednostki. System powinien także pozwolić na bieżący przepływ informacji pomiędzy wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi, w celu usprawnienia diagnozowania pacjentów, redukcji czynności administracyjnych kadry medycznej, a w efekcie umożliwić zwiększenie czasu dla pacjenta.

Ustawodawca dostrzegł problem nadmiernego obciążenia personelu medycznego pracą administracyjną. W celu usprawnienia pracy lekarzy wprowadzono w ostatnich latach szereg rozwiązań pozwalających skoncentrować się kadrze medycznej na leczeniu pacjentów, a w szczególności możliwość upoważnienia asystentów medycznych do wystawiania: e-zwolnień, e-recept i e-skierowań.

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego, z dniem 23 października 2018 r., umożliwiła upoważnienie osoby wykonującej zawód medyczny lub innej osoby wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do podpisywania w imieniu lekarzy zwolnień lekarskich (tj. zaświadczeń dotyczących orzeczonej czasowo niezdolności do pracy) wystawianych od 1 grudnia 2018 r. wyłącznie w postaci elektronicznej.

Od września 2019 r., lekarz może również udzielić upoważnienia osobie wykonującej zawód medyczny lub innej osobie wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do wystawiania w postaci elektronicznej recept, lub skierowań w jego imieniu²².

W celu usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienia pacjentom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych, które wymagają bezpośredniej i pilnej interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego, wprowadzono, z dniem 17 października

²² Art. 41a dodany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.) przez ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590, ze zm.), wszedł w życie z dniem 7 września 2019 r.

2019 r., możliwość zlecenia pielęgniarcom i położnym, z wymaganymi kwalifikacjami, przewidzianej dla tych zawodów samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów. Porady pielęgniarские (w zakresie chirurgii ogólnej, diabetologii i kardiologii) lub porady położnej (w zakresie położnictwa i ginekologii) mogły być udzielane na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza²³.

Uzasadnieniem podjęcia kontroli były wcześniejsze ustalenia kontroli NIK dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz informacje świadczące o znacznym obciążeniu personelu medycznego zadaniami, które nie były bezpośrednio związane z leczeniem²⁴.

²³ Wykaz gwarantowanych świadczeń w przypadku porad pielęgniarских i porad położnej oraz warunki ich realizacji został wprowadzony do rozporządzenia w sprawie AOS rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie AOS.

²⁴ Najwyższa Izba Kontroli, Informacje o wynikach kontroli: 1) *Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej*, Warszawa 2016, Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD, 2) *Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych*, Warszawa 2015, Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD, 3) *Informatyzacja szpitali*, Warszawa 2013, Nr ewid. 20/2013/P/12/125/KZD, 4) *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2015, Nr ewid. 41/2015/P/15/065/KZD.

2. OCENA OGÓLNA

Niewykorzystanie narzędzi wspierających pracę personelu medycznego w wykonywaniu obowiązków administracyjnych

Organizacja pracy personelu medycznego nie zapewniała pełnego wykorzystania narzędzi, zwłaszcza informatycznych, wspierających wykonywanie obowiązków administracyjnych. Taka sytuacja miała miejsce we wszystkich skontrolowanych podmiotach.

Lekarze POZ i AOS w czasie wizyt pacjentów przeznaczali średnio ok. 28% czasu na prowadzenie dokumentacji medycznej oraz na wykonywanie czynności administracyjnych²⁵. W przypadku udzielania świadczeń w formie teleporad udział ten wynosił średnio ok. 43%. Na prowadzenie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne, zarówno w przypadku porad, jak i teleporad, lekarze poświęcali mniej więcej tyle samo czasu.

W 19 podmiotach (86%) nie wykorzystano możliwości odciążenia pracy lekarzy poprzez nadanie uprawnień asystentom medycznym do wystawiania e-zwolnień, e-recept i e-skierowań. Niewykorzystywana była również możliwość zlecania pielęgniarkom i położnym samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów, w sytuacji spełniania przez nie odpowiednich wymagań.

W 20 skontrolowanych podmiotach (91%) obowiązki administracyjne polegające na sporządzaniu sprawozdań wynikających ze statystyki publicznej lub realizacji umowy z płatnikiem publicznym oraz obsługi i rejestracji pacjentów powierzano personelowi medycznemu (zwłaszcza pielęgniarkom, a sporadycznie lekarzom). W ocenie NIK, taka praktyka nie tylko wpływała na ograniczenie możliwości sprawnego i pełnego leczenia pacjentów, ale też świadczyła o niewłaściwym zarządzaniu personelem.

Nie wykorzystywano w pełni możliwości systemów informatycznych, którymi dysponowały podmioty lecznicze, przez co w ograniczonym stopniu wspierały one pracę personelu medycznego w wykonywaniu administracyjnych obowiązków. Systemy te nie były zintegrowane z systemami do obsługi diagnostyki laboratoryjnej (w 13 podmiotach; 59%) i obrazowej (w 18 podmiotach; 82%) oraz nie były bezpośrednio zasilane wynikami takich badań. W przypadku pięciu podmiotów (23%) nie zapewniały także przepływu danych pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami danej placówki. W ocenie NIK, sytuacja taka nie sprzyjała sprawnemu uzyskiwaniu danych medycznych, będących podstawą podejmowania decyzji w ambulatoryjnym leczeniu pacjentów.

W większości skontrolowanych podmiotów nie spełniono wszystkich wymagań (dotyczyło 77% skontrolowanych) lub warunków organizacyjno-technicznych (dotyczyło 86% skontrolowanych) do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przyczyną były m.in. obawy związane z posługiwaniem się narzędziami informatycznymi, brak mobilnych urządzeń do ewidencji danych medycznych lub brak niezbędnych modułów w użytkowanych systemach. Dokumentacja medyczna prowadzona była (w mniejszym albo większym zakresie) w postaci papierowej, a do systemu informatycznego wprowadzane były przede wszystkim dane niezbędne do rozliczeń z NFZ. Taka praktyka była nie tylko czasochłonna, lecz mogła też powodować niespójność i niejednorodność tych samych dokumentów wytworzonych w formie papierowej i elektronicznie.

W okresie epidemii COVID-19 w skontrolowanych placówkach świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielano zarówno bezpośrednio, jak i w formie teleporad, które stanowiły 24% łącznej liczby udzielonych porad POZ i AOS. Stwierdzono przypadki czasowego ograniczenia dostępności świadczeń, zawieszenia działalności niektórych poradni oraz niezgodności udzielania świadczeń z przyjętym harmonogramem.

²⁵ Dotyczy zarówno wizyty pierwszorazowej oraz związanej z kontynuacją leczenia.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Zróżnicowana była średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza POZ. W 2020 r. najniższy wskaźnik wynosił 897 osób w województwie dolnośląskim, zaś najwyższy 2064 osób w województwie lubuskim. W porównaniu do 2019 r. w dolnośląskim wskaźnik ten zmniejszył się o 2%, a w lubuskim zwiększył się o 3% [str. 22–23, 27]

Zróżnicowana terytorialnie liczba personelu medycznego w POZ i AOS

Skontrolowane podmioty – 22 jednostki – zapewniły dostęp do świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W okresie epidemii COVID-19, czyli od marca 2020 r., normalny tryb pracy uzupełniono o udzielanie świadczeń w formie teleporad. Stwierdzono przypadki ograniczenia dostępności świadczeń medycznych w siedmiu podmiotach (32%) w okresie marzec-maj 2020 r. poprzez okresowe zawieszenie działalności niektórych poradni. W trzech podmiotach (14%) ograniczono czasowo działalność do wykonywania tylko świadczeń ratujących życie i do pacjentów skierowanych w trybie pilnym. W jednym podmiocie czasowo zaprzestano udzielania porad lekarskich w bezpośrednim kontakcie z pacjentem na rzecz wykonywania ich tylko w formie teleporad. W pięciu podmiotach (23%) stwierdzono niezgodności udzielania świadczeń z przyjętym harmonogramem i trybem pracy poradni w miesiącach: kwiecień, czerwiec i sierpień 2020 r.

Pogorszenie dostępu do świadczeń w I półroczu 2020 r.

Przyczyną, jak wyjaśniano, było przede wszystkim dostosowanie się do zaleceń NFZ, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji. [str. 18–20]

W 2020 r. (I półrocze) – w porównaniu do I półrocza 2019 r. – liczba udzielonych porad w skontrolowanych podmiotach była mniejsza o 15% w POZ oraz o 26% w AOS.

Zmniejszona liczba pacjentów na wizytach w przychodniach

W I półroczu 2020 r. udzielono w nich 145,8 tys. świadczeń lekarza POZ w formie teleporady, co stanowiło 25% wszystkich porad. Największy udział teleporad POZ w ogólnej liczbie porad udzielonych w danej jednostce wyniósł 80%, a najmniejszy 7%. Średnio na jednego lekarza przypadało od 0,2 tys. do 1,1 tys. świadczeń udzielonych w formie teleporad. W AOS udzielono 44,3 tys. świadczeń w formie teleporad, co średnio stanowiło 21% wszystkich porad. Największy udział teleporad wyniósł 40%, najmniejszy zaś 2%. Na jednego lekarza AOS w danej jednostce przypadało od sześciu do 1000 teleporad. [str. 28–30]

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarze POZ i AOS przeznaczali średnio ok. 72% czasu trwania porady, a ok. 28% na wypełnienie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne. Podczas udzielania świadczeń w formie teleporad na badanie podmiotowe lekarze przeznaczali średnio ok. 57% czasu jej trwania, a ok. 43% na prowadzenie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne. Zarówno w przypadku porad, jak i teleporad, lekarze poświęcali mniej więcej tyle samo czasu na prowadzenie dokumentacji medycznej i wykonywanie czynności administracyjnych: średnio ok. 4 min. 48 sek. (mediana 4 min. 44 sek.). [str. 31–32]

Czas przeznaczony przez lekarzy na leczenie pacjentów i wykonywanie innych czynności

Obciążenie personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi

W 20 skontrolowanych podmiotach (91%) obowiązki administracyjne powierzano także personelowi medycznemu. Najczęściej były to pielęgniarki. Personel medyczny wykonywał zadania polegające na: sporządzaniu sprawozdań wynikających ze statystyki publicznej; sprawozdań statystycznych z realizacji umów o udzielanie świadczeń przekazywanych do NFZ, obsłudze i rejestracji pacjentów, archiwizacji dokumentacji medycznej, a także innych pracach, które nie były związane z czynnościami pielęgniarскими. Było to spowodowane brakiem lub zbyt małą liczbą personelu pomocniczego.

Kierujący skontrolowanymi podmiotami wyjaśniali, że personel medyczny wykonywał czynności administracyjne, bo było to uzasadnione względami organizacyjnymi oraz ekonomicznymi. [str. 25–26]

Niewystarczające zatrudnienie sekretarek, rejestratorek i statystyków medycznych

W skontrolowanych podmiotach w ograniczonych rozmiarach zatrudniano sekretarki medyczne, rejestratorki i statystyków medycznych, których zadaniem jest wspieranie personelu medycznego w pracy administracyjnej. W 22 podmiotach leczniczych zatrudniano łącznie 135 rejestratorek (128,4 przelicznika etatu), co stanowiło 6% zatrudnionych w skontrolowanych jednostkach, 10 sekretarek medycznych, tj. 0,4% zatrudnionych, a także ośmiu statystyków medycznych, tj. 0,3% zatrudnionych.

W dwóch podmiotach (9%) w ogóle nie zatrudniono rejestratorek, w 15 (68%) sekretarek medycznych, a w 16 (73%) statystyków medycznych. Taka sytuacja powodowała, że personel medyczny obciążony był wykonywaniem czynności administracyjnych, także sprawozdawczością oraz rejestracją pacjentów. [str. 23–26]

Niewykorzystanie możliwości odciążenia lekarzy przez pielęgniarki w AOS

Lekarze mieli możliwości zlecenia pielęgniarkom i położnym samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów, przewidzianej dla tych zawodów, tj. udzielania porad pielęgniarских lub porad położnej w AOS, lecz ich nie wykorzystywali. W pięciu skontrolowanych podmiotach (23%), pomimo że pielęgniarki i położne spełniały odpowiednie wymagania, samodzielne udzielanie porad nie było im zlecane przez lekarzy w poradniach kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych czy w diabetologicznej. Przyczyną, jak wyjaśniano, był przede wszystkim brak potrzeby realizacji takich świadczeń.

W pozostałych podmiotach pielęgniarki i położne nie miały wymaganych kwalifikacji do samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów, z powodu nieukończonego kursu specjalistycznego ordynowania leków i wypisywania recept. [str. 30–31]

Niewykorzystanie możliwości nadawania uprawnień asystentom medycznym

W 19 skontrolowanych podmiotach (86%) nie wykorzystano możliwości odciążenia lekarzy od czynności biurowych przez asystentów medycznych. Żaden z lekarzy pracujących w tych podmiotach, pomimo takiej możliwości, nie upoważnił osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń do wystawiania w jego imieniu e-zwolnień, e-recept i e-skierowań. Tylko w trzech skontrolowanych jednostkach (14%) lekarze nadali takie uprawnienia (łącznie otrzymało je tylko 31 osób). [str. 46–49]

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W skontrolowanych placówkach nie wykorzystywano w pełni możliwości systemów informatycznych, którymi dysponowały te podmioty. Ograniczało to wsparcie personelu medycznego w pracy administracyjnej. Systemy nie były zintegrowane z systemami do obsługi diagnostyki laboratoryjnej w 13 podmiotach (59%), a diagnostyki obrazowej w 18 podmiotach (82%). Nie były one bezpośrednio zasilane wynikami takich badań. W przypadku pięciu podmiotów (23%) nie zapewniały także przepływu danych pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami danej placówki. W 11 podmiotach (50%) nie było elektronicznej rejestracji wizyty, zaś w dziewięciu (41%) brakowało oprogramowania dającego możliwość wysyłki powiadomień pacjentowi i aktualizacji statusu wizyty (w formie sms lub e-mail). Natomiast w pięciu podmiotach (23%) nie były wykorzystywane wszystkie zakupione moduły i funkcjonalności systemu informatycznego. Nie wykorzystywano zatem możliwości usprawnienia pracy personelu medycznego ambulatoriów. [str. 34–43, 51]

Niewykorzystywanie możliwości narzędzi informatycznych

Tylko w pięciu podmiotach (23%) systemy informatyczne spełniały wszystkie wymagania związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Pełna dokumentacja w takiej postaci prowadzona była tylko w trzech podmiotach (14%).

Niespełnianie wszystkich wymagań oraz warunków do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej

Nie wszystkie skontrolowane podmioty zapewniły warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Prowadzono ją częściowo w postaci papierowej (w mniejszym lub większym zakresie), a częściowo w formie elektronicznej. Do systemu informatycznego wprowadzane były przede wszystkim dane potrzebne do rozliczeń z OW NFZ. Taka praktyka nie usprawniała pracy personelu medycznego i powodowała niespójność oraz niejednorodność tej dokumentacji. [str. 36–40]

Na podstawie opinii personelu medycznego skontrolowanych podmiotów (lekarze, pielęgniarki, położne; łącznie 429 osób) o użytkowanych systemach informatycznych przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stwierdzono, iż: • 89% osób uznało systemy za narzędzie wspierające pracę; • 90% osób wyraziło opinię, że systemy te są intuicyjne w obsłudze; • 89% osób zostało przeszkolonych w obsłudze systemów; • 61% ankietowanych obsługiwało systemy informatyczne samodzielnie. Jednak nie wszyscy lekarze radzili sobie z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej oraz swobodnym obsługiwaniem programu. [str. 44]

Opinia personelu medycznego o użytkowanych systemach informatycznych

Korzyści z zastosowania cyfryzacji poświadczają badania NIK w jednostkach skontrolowanych. Polegały one na porównaniu median czasochłonności wypełnienia różnych typów formularzy elektronicznych i papierowych (z wielu pomiarów). Okazało się m.in., że mediana: • z pomiarów czasu wystawiania e-skierowania na diagnostykę obrazową wynosi 61 sek., a skierowania w wersji papierowej 81 sek., czyli prawie o 33% dłużej; • z pomiarów czasu wystawiania e-skierowania na badania laboratoryjne wynosi 62 sek., a skierowania w wersji papierowej 78 sek., czyli dłużej prawie o 26%; • z pomiaru czasu wystawiania e-skierowania do szpitala wynosi 120 sek., a skierowania papierowego 169 sek., tj. dłużej prawie o 41%. Tylko w przypadku zlecenia na wyroby medyczne mediana pomiarów czasochłonności jego wystawienia w wersji papierowej była znacząco mniejsza niż w wersji elektronicznej, mianowicie o ok. 26%. [str. 49–51]

Czasochłonność wypełnienia formularzy elektronicznych i papierowych

Regulaminy organizacyjne podmiotów niewiarygodnym źródłem informacji

W regulaminach organizacyjnych 20 skontrolowanych podmiotów (91%) nie uwzględniono udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów łączności lub teleinformatycznych (w formie teleporad). Nie wskazano w nich także miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 5–6 ustawy o działalności leczniczej. Poza tym w sześciu podmiotach (27%) regulaminy organizacyjne nie odzwierciedlały ich faktycznej struktury organizacyjnej oraz zakresów udzielanych świadczeń zdrowotnych, wbrew art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 przywołanej ustawy. Wśród komórek organizacyjnych wymienione były nieistniejące poradnie oraz zakresy nierealizowanych świadczeń. Regulaminy organizacyjne tych podmiotów nie były więc wiarygodnym źródłem informacji o wykonywanej działalności leczniczej, a zwłaszcza o zakresach udzielanych świadczeń zdrowotnych. [str. 18–19]

4. WNIOSKI

Na podstawie wyników kontroli, NIK wnosi o podjęcie następujących działań (we współpracy z organizacjami reprezentującymi środowisko medyczne):

Minister Zdrowia

- przeanalizowanie zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego i ograniczenie ich do niezbędnego minimum;
- przyspieszenie procesu informatyzacji oraz automatyzacji obiegu informacji w systemie ochrony zdrowia.

Mając na uwadze konieczność usprawnienia organizacji pracy w podmiotach udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, NIK kieruje wnioski o:

Kierownicy podmiotów leczniczych

- 1) pełne wykorzystanie możliwości narzędzi informatycznych i wdrożenie odpowiednich rozwiązań wspierających pracę personelu medycznego, w szczególności:
 - zintegrowanie wykorzystywanych systemów informatycznych z systemami laboratoryjnymi i diagnostyki obrazowej, w celu ich bezpośredniego zasilenia wynikami badań;
 - wdrożenie systemów elektronicznej rejestracji wizyt ambulatoryjnych, z możliwością wysyłki powiadomień i aktualizacji statusu wizyty (w formie e-mail lub sms), w celu udostępnienia lekarzowi informacji o zapisanych pacjentach oraz ograniczenia liczby przypadków, kiedy pacjent zapisuje się na wizytę i o niej zapomina;
- 2) wprowadzenie jednolitych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz wyeliminowanie nieefektywnych praktyk tworzenia tego samego dokumentu w postaci elektronicznej i papierowej, w celu zapewnienia spójności i usprawnienia obiegu informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja procesu udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Organizacja procesu udzielania świadczeń, w tym teleporad

W latach 2019–2020 udzielano świadczeń zarówno w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jak również z wykorzystaniem rozwiązań teleinformatycznych w formie teleporady. Stwierdzono jednak przypadki czasowego ograniczenia dostępności świadczeń, zawieszenia działalności niektórych poradni oraz niezgodności udzielania świadczeń z przyjętym harmonogramem.

Udzielanie świadczeń, w formie teleporady, rozpoczęto od marca 2020 r., w związku z ogłoszeniem epidemii COVID-19, która spowodowała wprowadzenie zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu poradni skontrolowanych podmiotów. Stanowiło to dostosowanie działalności do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej²⁶ oraz wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej²⁷.

Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. W regulaminie organizacyjnym określa się także: strukturę organizacyjną zakładu leczniczego, rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny, którzy udzielają tych świadczeń (art. 24 ust. 1 pkt 3–5 ustawy o działalności leczniczej).

W regulaminach organizacyjnych 20 skontrolowanych podmiotów (91%) nie uwzględniono udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (w formie teleporad). A co za tym idzie, nie wskazano tam miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 5–6 ustawy o działalności leczniczej.

Pacjenci o teleporadach byli informowani telefonicznie przez pracowników rejestracji, a także zamieszczano stosowne informacje na tablicach ogłoszeń oraz na stronach internetowych podmiotów lub portalach społecznościowych.

Zasady udzielania teleporad oraz sposób postępowania z pacjentem, także z osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2, były określone w wewnętrznych uregulowaniach, w formie zarządzeń, procedur, instrukcji lub w inny zwyczajowo przyjęty sposób, np. zaleceń.

²⁶ Dz. U. poz. 1395, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej.

²⁷ Dokument z 14 sierpnia 2020 r. opracowany we współpracy z zespołem roboczym Ministerstwa Zdrowia ds. opracowania standardu teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W sześciu podmiotach (27%) nie zostały wdrożone sformalizowane zasady określające warunki realizacji teleporad i sposoby zachowania bezpieczeństwa informacji medycznej. W sześciu innych podmiotach takie zasady zostały opracowane z kilkumiesięcznym opóźnieniem od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń w tej formie.

W sześciu podmiotach (27%) regulaminy organizacyjne nie odpowiadały faktycznej strukturze organizacyjnej i zakresom udzielanych świadczeń zdrowotnych, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej. Wymienione były nieistniejące poradnie i zakresy świadczeń nierealizowanych.

Regulamin organizacyjny oprócz funkcji normatywnej, powinien pełnić przede wszystkim rolę informacyjną i służyć jako źródło informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a zwłaszcza o przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

W dwóch skontrolowanych podmiotach (9%) nie zapewniono zgodności postanowień obowiązującego regulaminu organizacyjnego z danymi rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz faktycznie istniejącą strukturą organizacyjną.

Zgodnie z art. 106 ust. 3 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej, do rejestru wpisuje się dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność związana jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Podkreślenia wymaga, że w myśl przepisu § 7 ust. 1 pkt 1 i 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru²⁸, w dziale III księgi rejestrowej wpisuje się dane dotyczące komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, w tym o zakończeniu działalności komórki.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest zobowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrzem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

W dniu 15 marca 2020 r. NFZ opublikował dla świadczeniodawców komunikat²⁹ w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w którym zalecił ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń, również w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Niezgodność wykonywanej działalności z rejestrzem podmiotów leczniczych

Ograniczenia dostępności świadczeń

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 605.

²⁹ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html>

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W siedmiu podmiotach (32%), w okresie marzec-maj 2020 r., wystąpiło okresowe ograniczenie dostępu do świadczeń (zawieszenie działalności niektórych poradni) z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom z powodu sytuacji epidemicznej bądź pojawienia się ogniska COVID-19. O takich przypadkach informowano OW NFZ.

W trzech podmiotach (14%) czasowo ograniczono podstawową działalność do wykonywania świadczeń ratujących życie i dla pacjentów skierowanych w trybie pilnym. W jednym z tych podmiotów ograniczono wykonywanie badań profilaktycznych, a także porad w bezpośrednim kontakcie z pacjentem na rzecz wykonywania ich tylko za pośrednictwem systemu łączności telefonicznej.

W pięciu podmiotach (23%), w kwietniu, czerwcu i sierpniu 2020 r., nie udzielano świadczeń zgodnie z harmonogramem i trybem pracy poradni z powodu, jak wyjaśniano, dostosowania się do zaleceń NFZ lub zakazu pracy lekarzy zatrudnionych w tzw. oddziałach covidowych w innych jednostkach.

Przykłady

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju badając dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych przez sześciu lekarzy (28,6%) ustalono, że:

- 1) lekarze POZ (dwóch specjalistów pediatrii i specjalista chorób wewnętrznych) nie wykonywali świadczeń w 10 ze 123 (8,1%) dni objętych harmonogramami;
- 2) lekarze AOS nie wykonywali świadczeń w 45 z 65 (69,2%) dni objętych harmonogramami, tj.: chirurg – w 31 z 39 dni; okulista – w sześciu z 13 dni; ginekolog – w ośmiu z 13 dni.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie badanie dostępności trzech lekarzy poradni urologicznej, kardiologicznej i chirurgii ogólnej wykazało, że lekarze nie przyjmowali pacjentów w poradniach: urologicznej (w dniach: 4, 11, 18, 25 kwietnia, 6, 13, 20, 27 czerwca i 8, 22, 29 sierpnia), kardiologicznej (6 kwietnia, 17 i 24 sierpnia) i chirurgii ogólnej (2, 7, 9, 14, 16, 21, 23, 28, 30 kwietnia i 11 czerwca) zgodnie z harmonogramem ich pracy w poradni.

W Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chełmie analiza dokumentacji ZOZ wybranej dla sześciu lekarzy (po dwóch z POZ, poradni ginekologiczno-położniczej i poradni dermatologicznej) wykazała, że w przypadku czterech lekarzy AOS nie byli oni dostępni w czasie określonym w harmonogramie pracy poradni (indywidualnych harmonogramach przyjęć lekarzy). Lekarze w poradni ginekologiczno-położniczej nie pracowali w dniach: 7, 14, 21, 28 kwietnia i 30 czerwca (jeden) oraz w dniach: 9 kwietnia, 10 i 13 sierpnia 2020 r. (drugi). W poradni dermatologicznej: jeden lekarz nie pracował w dniach 2, 7, 9, 14, 16, 21, 23, 28 kwietnia, 9, 16, 23, 30 czerwca oraz 18, 20 sierpnia 2020 r., drugi w dniach: 2, 6, 7, 9, 14, 20, 23, 28, 30 kwietnia, 1, 4, 8, 9, 15, 18, 22, 25, 29, 30 czerwca 2020 r.

Zaprzestanie udzielania świadczeń

W latach 2019–2020 zaprzestano udzielania niektórych świadczeń w pięciu skontrolowanych podmiotach (23%). Było to spowodowane głównie brakiem kadry medycznej (lekarzy, pielęgniarek) spełniającej wymagane kwalifikacje, niezbędne do realizacji umowy z NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zaprzestanie udzielania świadczeń dotyczyło następujących poradni: gruźlicy i chorób płuc, stomatologicznej, neurologicznej, okulistycznej dla dzieci, medycyny sportowej, poradni zdrowia psychicznego oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Brak personelu i problemy z zatrudnieniem wykwalifikowanej kadry medycznej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zgłaszało kierownictwo 11 skontrolowanych podmiotów (50%).

W latach 2019–2020 w Centrali NFZ i OW NFZ rozpatrzono 4372 skargi dotyczące ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczeń POZ i AOS. W tym było 2471 skarg dotyczących POZ i 1901 dotyczących AOS. Przedmiotem rozpatrywanych skarg były m.in.: • trudności w dostępie do świadczeń, • organizacja pracy placówki, • obsługa rejestracji, • organizacja pracy poradni, • praca lekarzy niezgodna z harmonogramem i brak lekarza w godzinach pracy poradni, • odmowa wydania skierowania na badania, • trudności z dodzwonieniem się do placówki, • organizacja wydawania zwolnień – ZLA i problemy z jego wystawieniem oraz trudności z uzyskaniem e-recepty.

Liczne skargi dotyczące ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Rzecznik Praw Pacjenta, w latach 2019–2020, rozpatrywał skargi na świadczeniodawców, które dotyczyły udzielania świadczeń POZ i AOS. Wśród zgłoszonych skarg w 2019 r. rozpatrywał np. skargi dotyczące: • prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych w odpowiednich warunkach i z należytą starannością; • zastrzeżeń do prowadzonej dokumentacji medycznej, • braku autoryzacji, • braku niezwłocznych wpisów po udzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi; • odmowy uzyskania pomocy medycznej w dniu zgłoszenia; • odmowy rejestracji (w tym telefonicznej) na wizytę (także w późniejszym terminie); • odmowy wizyty w domu pacjenta oraz braku wydania skierowania na badania i recepty; • długiego terminu oczekiwania do lekarza POZ (dotyczy przede wszystkim dużych aglomeracji miejskich). W 2020 r. skargi dotyczyły: • problemów z dodzwonieniem się do placówek medycznych; • problemów z zarejestrowaniem się do lekarza; • problemów z uzyskaniem wizyty w bezpośrednim kontakcie; • problemów z wizytami domowymi; • braku realizacji umówionej teleporady i postępowania zgodnego w tym zakresie ze standardem, czyli trzykrotnej próby nawiązania kontaktu z pacjentem; • długiego okresu oczekiwania na teleporadę (nawet do kilkunastu dni); • zastrzeżeń do jakości w udzielaniu porad telefonicznych; • okresu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych; • odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych z uwagi na brak środków ochrony osobistej dla personelu medycznego.

5.2. Zatrudnienie i wynagrodzenia

Personel medyczny POZ³⁰

Według stanu na koniec 2020 r. liczba lekarzy udzielających świadczeń w POZ³¹, finansowanych ze środków publicznych, wynosiła 37,6 tys. Najwięcej i najmniej lekarzy POZ było odpowiednio w województwach z największą i najmniejszą liczbą mieszkańców. W POZ świadczeń udzielało 36,0 tys. pielęgniarek i 6,6 tys. położnych³².

W strukturze wiekowej grupy lekarzy zwraca uwagę duży odsetek osób powyżej 55. r.ż., którzy stanowili 43% wszystkich lekarzy. Lekarze w wieku powyżej 65. r.ż. stanowili aż 20%. Podobnie było w grupie pielęgniarek POZ, gdzie 52% z nich przekroczyło 55. r.ż., zaś w grupie położnych POZ było 45% takich osób.

Infografika nr 1

Struktura wiekowa personelu udzielającego świadczeń POZ (stan na 31 grudnia 2020 r.)

Struktura wiekowa lekarzy POZ

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
37 580 100%	8 612 23%	5 164 14%	7 661 20%	8 720 23%	7 423 20%

Struktura wiekowa pielęgniarek POZ

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
36 034 100%	2 104 6%	3 194 9%	12 089 34%	14 403 40%	4 244 12%

Struktura wiekowa położnych POZ

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
6 562 100%	645 10%	762 12%	2 197 33%	2 299 35%	659 10%

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Personel medyczny AO³³

Według stanu na koniec 2020 r. liczba lekarzy udzielających świadczeń w ramach AOS³⁴, finansowanych ze środków publicznych, wynosiła 29,2 tys. Liczba lekarzy w województwach była oczywiście silnie skorelowana z liczbą ich mieszkańców. W AOS świadczeń udzielało 15,1 tys. pielęgniarek i 3,3 tys. położnych³⁵.

³⁰ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.) dalej ustawa o NIK.

³¹ Ogółem zgłoszonych do realizacji umowy w rodzaju POZ, według numeru prawa wykonywania zawodu (unikatowe numery).

³² Ibidem.

³³ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia ..., op. cit.

³⁴ Ogółem zgłoszonych do realizacji umowy w rodzaju AOS, według numeru prawa wykonywania zawodu (unikatowe numery).

³⁵ Ibidem.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W strukturze wiekowej lekarzy w AOS również zwraca uwagę duży odsetek osób powyżej 55. r.ż., który stanowił 50%. Natomiast lekarze powyżej 65. r.ż. stanowili 20%. Podobnie było w grupie pielęgniarek, gdzie 42% z nich przekroczyło 55. r.ż., zaś w grupie położnych było to 44%.

Infografika nr 2

Struktura wiekowa personelu udzielającego świadczeń w AOS (stan na 31 grudnia 2020 r.)

Struktura wiekowa lekarzy w AOS

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
29 191 100%	2 170 7%	5 347 18%	7 007 24%	8 791 30%	5 876 20%

Struktura wiekowa pielęgniarek w AOS

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
15 109 100%	1 642 11%	1 562 10%	5 529 37%	4 827 32%	1 549 10%

Struktura wiekowa położnych w AOS

razem	do 35 lat	od 36-45 lat	od 46-55 lat	od 56-65 lat	powyżej 65 lat
3 274 100%	418 13%	383 12%	1 030 31%	1 105 34%	338 10%

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Struktura zatrudnienia w podmiocie leczniczym udzielającym ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych była uzależniona od wielkości placówki, rodzajów i zakresów udzielanych świadczeń, a także liczby miejsc ich udzielania. W 22 skontrolowanych podmiotach personel zatrudniony był na podstawie różnych form zatrudnienia.

W 2020 r.³⁶ stan zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, w wybranych grupach zawodowych (medycznych i niemedycznych), wynosił:

- 1) 181 lekarzy (151,9 etatu), w tym:
 - 116 ze specjalizacją drugiego stopnia,
 - 46 ze specjalizacją pierwszego stopnia,
 - 7 w trakcie specjalizacji, w tym pięciu rezydentów,
 - 12 bez specjalizacji;
- 2) 34 lekarzy dentyistów (29,3 etatu);
- 3) 503 pielęgniarki i położne (486,1 etatu), w tym:
 - 172 z wyższym wykształceniem, w tym 47 ze specjalizacją,
 - 331 z średnim wykształceniem, w tym 39 ze specjalizacją;
- 4) 129 rejestratorek (126 etatów);
- 5) 10 sekretarek medycznych (10,3 etatu);
- 6) 8 statystyków medycznych (8 etatów);

Stan zatrudnienia
w skontrolowanych
podmiotach

³⁶ Według stanu na 30 czerwca 2020 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 7) 16 informatyków (16 etatów);
- 8) 593 osoby w pozostałych grupach zawodowych, w tym inny personel medyczny z wyższym wykształceniem (np. mgr psychologii, fizjoterapii, analityki medycznej), personel medyczny z średnim wykształceniem (np. technik analityki medycznej, technik radiologii, technik dentystyczny), personel pomocniczy, dyrekcje, pracownicy administracji oraz obsługa.

Stan zatrudnienia lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umowy o pracę, ogółem w objętych kontrolą podmiotach, w porównaniu do 2019 r.³⁷ zmniejszył się o 16 osób (8%), a lekarzy dentystów o cztery osoby (11%). Zmniejszyło się też zatrudnienie pielęgniarek o trzy osoby (1%), rejestratorek o trzy osoby (2%), a statystyków medycznych o dwie osoby (20%). Natomiast zwiększył się stan zatrudnienia informatyków o jedną osobę (7%) i sekretarek medycznych o jedną osobę (11%).

Na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów), w objętych kontrolą podmiotach, świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielało łącznie:

- 1) 498 lekarzy (156,5 przelicznika etatu), w tym m.in.:
 - 401 ze specjalizacją drugiego stopnia,
 - 65 ze specjalizacją pierwszego stopnia;
- 2) 28 lekarzy dentystów (15,7 przelicznika etatu);
- 3) 16 pielęgniarek i położnych (7,6 przelicznika etatu), w tym:
 - 11 z wyższym wykształceniem, w tym sześć ze specjalizacją,
 - pięć z średnim wykształceniem, w tym trzy ze specjalizacją.

W roku 2020³⁸ liczba lekarzy udzielających świadczeń w ramach kontraktów, w porównaniu do 2019 r.³⁹, zwiększyła się o 12 osób (2%), liczba lekarzy dentystów zmniejszyła się o dwie osoby (7%), a liczba pielęgniarek zwiększyła się o dwie osoby (14%).

W skontrolowanych podmiotach na podstawie umowy zlecenia zatrudniono łącznie sześć rejestratorek (2,4 przelicznika etatu) oraz ośmiu informatyków (3,7 przelicznika etatu). Natomiast świadczeń opieki zdrowotnej udzielało: • 84 lekarzy (19,3 przelicznika etatu) i w porównaniu do 2019 r. liczba tych lekarzy zmniejszyła się o osiem osób (9%); • czterech lekarzy dentystów [(ich liczba zmniejszyła się o osiem osób (67%)). Świadczeń w tej formie zatrudnienia udzielało również 58 pielęgniarek i położnych (28,2 przelicznika etatu) i w porównaniu do 2019 r. ich liczba zmniejszyła się o jedną osobę (2%).

W dwóch podmiotach (9%) nie było zatrudnionych rejestratorek, a w dwóch innych było tylko po jednej rejestratorce. W 15 (68%) nie zatrudniono sekretarek medycznych, a w 16 (73%) statystyków medycznych. W czterech podmiotach (18%) nie zatrudniano informatyków.

³⁷ Według stanu na 30 czerwca 2019 r.

³⁸ Według stanu na 30 czerwca 2020 r.

³⁹ Według stanu na 30 czerwca 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Podmioty te podpisały umowy z firmami zewnętrznymi na wykonywanie usług informatycznych, w zakresie pomocy w obsłudze oprogramowania i sprzętu komputerowego.

Uwzględniając wszystkie trzy formy zatrudnienia w skontrolowanych podmiotach, świadczeń opieki zdrowotnej udzielało 33% lekarzy w ujęciu osobowym i 20% w ujęciu etatowym, odpowiednio zaś pielęgniarek 25% i 32% oraz po 3% lekarzy dentyistów. Natomiast rejestratorek było odpowiednio 6% i 8%, sekretarek medycznych 0,4% i 0,6%, statystyków medycznych 0,3% i 0,5% oraz informatyków po ok. 1% w ujęciu osobowym i etatowym.

W 20 skontrolowanych podmiotach (91%) personelowi medycznemu, najczęściej pielęgniarkom, sporadycznie lekarzom⁴⁰, powierzano zadania związane z wykonywaniem czynności administracyjnych, które polegały na: sporządzaniu sprawozdań statystycznych lub sprawozdań z realizacji umowy o udzielanie świadczeń (przekazywanych do NFZ), rejestracji pacjentów oraz archiwizacji dokumentacji medycznej.

Obciążenie personelu medycznego czynnościami administracyjnymi

Pielęgniarki wykonywały także czynności związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej, włączaniem i wprowadzaniem wyników badań diagnostycznych udostępnionych przez pacjentów do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej, przyjmowaniem i weryfikacją deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz przyjmowaniem oświadczeń od pacjentów.

Brak lub zbyt mała liczba personelu pomocniczego do administracyjnej obsługi podmiotu powodowała, że czynności administracyjne wykonywał personel medyczny. Kierownictwo skontrolowanych podmiotów wyjaśniało, że było to uzasadnione względami organizacyjnymi oraz ekonomicznymi.

Przykłady

W Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jedliczu sprawozdania z działalności Zakładu sporządzane były przez:

- 1) osobę zatrudnioną na stanowisku *starsza pielęgniarka* – sprawozdania dla Głównego Urzędu Statystycznego (ZD-3), do Ministerstwa Zdrowia (MZ-11; MZ-13; MZ-14; MZ-15; MZ-24; MZ-06; MZ-35A; MZ-35B; MZ-88; MZ-89) oraz do NFZ z realizacji umowy;
- 2) osoby zatrudnione na stanowiskach *starsza położna* oraz *starsza pielęgniarka (środowiskowa)* – sprawozdania dla NFZ oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W zakresie obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku starsza położna było m.in. prowadzenie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości powiązanej z rodzajem wykonywanych czynności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w formie papierowej lub aplikacjach informatycznych. W zakresie obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku *starsza pielęgniarka (środowiskowa)* należało prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami prawa dla realizowanych świadczeń. Zakład nie zatrudniał personelu pomocniczego (niemedycznego) do wykonywania czynności administracyjnych.

⁴⁰ W odniesieniu do sporządzania sprawozdań do Głównego Urzędu Statystycznego czy Ministerstwa Zdrowia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jasienicy** analiza zakresów czynności losowo wybranych dziewięciu pracowników medycznych wykazała, że sześciu osobom przypisano prowadzenie sprawozdawczości, w tym:

- 1) zatrudnionym na stanowisku *starszej pielęgniarki* powierzano prowadzenie sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami (dwóm osobom) oraz prowadzenie sprawozdawczości miesięcznych i rocznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami (jednej osobie);
- 2) zatrudnionym na stanowisku *starszej położnej środowiskowej* powierzano prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami (trzem osobom).

W sprawie powierzenia pielęgniarkom i położnym zadań administracyjnych wyjaśniono, że *czynności pielęgniarskich na niektórych zmianach jest niewiele, a obecność pielęgniarki jest wymagana, dlatego pielęgniarki realizują także czynności pomocnicze polegające między innymi na czynnościach związanych z rejestracją i przyjmowaniem deklaracji pacjentów (...)*. W Zakładzie zatrudniona była tylko jedna rejestratorka.

Wynagrodzenia Średniomiesięczne wynagrodzenia osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, w skontrolowanych podmiotach, w latach 2019–2020 (w I półroczu), w wybranych grupach pracowniczych, wynosiły:

- lekarze specjaliści i ze specjalizacją drugiego stopnia – w 2019 r. (I półrocze) od 5,6 tys. zł do 13,2 tys. zł (średnio 9,1 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 6,0 tys. zł do 13,4 tys. zł (średnio 9,5 tys. zł);
- lekarze ze specjalizacją pierwszego stopnia – w 2019 r. (I półrocze) od 4,0 tys. zł do 11,0 tys. zł (średnio 7,3 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 4,0 tys. zł do 12,8 tys. zł (średnio 7,8 tys. zł);
- lekarze dentyści – w 2019 r. (I półrocze) od 3,6 tys. zł do 7,3 tys. zł (średnio 3,8 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 3,3 tys. zł do 6,0 tys. zł (średnio 3,6 tys. zł);
- pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem – w 2019 r. (I półrocze) od 3,1 tys. zł do 7,8 tys. zł (średnio 5,3 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 3,4 tys. zł do 7,8 tys. zł (średnio 5,6 tys. zł);
- pielęgniarki i położne z średnim wykształceniem – w 2019 r. (I półrocze) od 3,2 tys. zł do 7,4 tys. zł (średnio 5,0 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 3,5 tys. zł do 7,2 tys. zł (średnio 5,0 tys. zł);
- rejestratorki – w 2019 r. (I półrocze) od 1,1 tys. zł do 4,5 tys. zł (średnio 2,9 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 2,0 tys. zł do 4,7 tys. zł (średnio 3,3 tys. zł);
- sekretarki medyczne – w 2019 r. (I półrocze) od 2,7 tys. zł do 4,0 tys. zł (średnio 3,2 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 2,5 tys. zł do 4,5 tys. zł (średnio 3,6 tys. zł);
- statystycy medyczni – w 2019 r. (I półrocze) od 2,9 tys. zł do 4,8 tys. zł (średnio 3,7 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 3,1 tys. zł do 4,1 tys. zł (średnio 3,5 tys. zł);
- informatycy – w 2019 r. (I półrocze) od 2,8 tys. zł do 9,4 tys. zł (średnio 4,9 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 2,5 tys. zł do 10,2 tys. zł (średnio 5,4 tys. zł).

We wszystkich podmiotach lekarze udzielali świadczeń również na podstawie umów cywilnoprawnych, tzw. kontraktów. Średniomiesięczne wynagrodzenia tych osób wynosiły: w 2019 r. (I półrocze) od 2,4 tys. zł do 13,9 tys. zł (średnio 5,1 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 2,2 tys. zł do 14,7 tys. zł (średnio 5,4 tys. zł).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wynagrodzenia pielęgniarek udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów) w sześciu podmiotach wynosiły: w 2019 r. (I półrocze) od 1,7 tys. zł do 6,3 tys. zł (średnio 4,4 tys. zł) i w sześciu podmiotach w 2020 r. (I półrocze) od 1,9 tys. zł do 6,6 tys. zł (średnio 4,5 tys. zł).

W 19 podmiotach średniomiesięczne wynagrodzenia lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umowy zlecenia wynosiły: w 2019 r. (I półrocze) od 1,2 tys. zł do 14,9 tys. zł (średnio 3,7 tys. zł), w 2020 r. (I półrocze) od 1,1 tys. zł do 14,7 tys. zł (średnio 3,4 tys. zł).

Pielęgniarki świadczące pracę na podstawie umów zlecenia w 13 podmiotach w 2019 r. i w 10 podmiotach w 2020 r. otrzymywały wynagrodzenia: w 2019 r. (I półrocze) od 0,8 tys. zł do 5,5 tys. zł (średnio 2,2 tys. zł), a w 2020 r. (I półrocze) od 0,6 tys. zł do 6,4 tys. zł (średnio 2,1 tys. zł).

5.3. Obciążenie pracą personelu medycznego

W 2020 r. oddziały wojewódzkie NFZ zawarły 6228 umów w zakresie świadczeń lekarza POZ⁴², tj. o 57 (blisko 1%) mniej niż w roku poprzednim.

W zakresie świadczeń pielęgniarki POZ⁴³ zawarto 6439 umów (o 41, tj. 1%, mniej niż w roku poprzednim) oraz 4784 umowy (o 23, tj. 0,5%, mniej niż w roku poprzednim) w zakresie świadczeń położnej POZ⁴⁴.

W 2020 r. na listach lekarzy POZ znajdowało się 34 460 tys. osób. Na listach pielęgniarki POZ znajdowało się 33 055,2 tys. osób oraz 16 159,8 tys. osób na listach położnej POZ.

Zróżnicowana była średnia liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza, najniższy wskaźnik wynosił 897 osób w województwie dolnośląskim, zaś najwyższy – 2064 osoby – w województwie lubuskim. W porównaniu do 2019 r. w województwie dolnośląskim wskaźnik ten zmniejszył się o 19 osób (2%), a w województwie lubuskim zwiększył się o 62 osoby (3%). W 2020 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę POZ wynosiła od 1147 osób w województwie podlaskim do 2158 osób w województwie lubuskim. Natomiast na położną POZ przypadało od 1898 osób w województwie lubelskim do 2881 osób w województwie lubuskim.

W 2020 r. lekarze POZ udzielili ogółem 129 816,4 tys. porad. **W porównaniu do 2019 r. liczba porad w 2020 r. zmniejszyła się 19%.** Największy spadek ich liczby odnotowano w województwie opolskim (24%) oraz województwach mazowieckim i zachodniopomorskim (po 23%), a najmniejszy w województwie lubelskim (15%), śląskim (16%) i podkarpackim (16%).

Liczba umów i udzielonych porad przez lekarzy, pielęgniarki i położne POZ⁴¹

⁴¹ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia..., op. cit.

⁴² W tym umowy zawarte z praktykami grupowymi i indywidualnymi.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Lekarze POZ udzielili 15 042,3 tys. teleporad, które stanowiły 12% ogólnej liczby porad. Najwięcej było ich w województwie mazowieckim (17%), zaś najmniej (6%) w województwie: podlaskim, podkarpackim i lubelskim.

Pielęgniarki POZ w 2020 r. zrealizowały 2610,5 tys. wizyt, w tym jednak mieszczą się 643 wizyty za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i łączności. Położne odbyły 1125,6 tys. wizyt, w tym 2120 w formie teleporady.

Liczba porad udzielonych przez lekarzy POZ w skontrolowanych podmiotach

W latach 2019–2020 (I półrocze) lekarze POZ w 22 skontrolowanych podmiotach udzielili łącznie 1895,9 tys. porad, w tym 674,8 tys. w I półroczu 2019 r., 644,8 tys. w II półroczu 2019 r. i 576,4 tys. w I półroczu 2020 r. **W porównaniu do I półrocza 2019 r. liczba porad w I półroczu 2020 r. zmniejszyła się o 15%. Było to spowodowane ograniczonym dostępem pacjentów do lekarzy POZ w okresie epidemii COVID-19.**

W I półroczu 2019 r. najwięcej porad udzielono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie (59,3 tys.). Na jednego lekarza POZ przypadło tam średnio 1,9 tys. porad. Najmniej zaś porad per capita było w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju (10,3 tys.). Tam na jednego lekarza POZ przypadło średnio 1,0 tys. porad.

W I półroczu 2019 r. na jednego lekarza POZ przypadło średnio od 1,0 tys. do 3,8 tys. porad, przy czym najwięcej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, a najmniej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju.

W I półroczu 2020 r., najwięcej porad w ramach POZ udzielono w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (49,3 tys.). Na jeden przeciętny etat przypadło tam średnio 3,1 tys. porad. Najmniej porad było zaś w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju (9,8 tys.). Na jednego lekarza POZ przypadło w nim średnio 1,0 tys. porad ogółem.

Teleporady POZ w skontrolowanych podmiotach

W I półroczu 2020 r. udzielono 145,8 tys. świadczeń w formie teleporady, które stanowiły 25% wszystkich porad. Najwięcej takich świadczeń udzielono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy (18,5 tys.), gdzie na jednego lekarza POZ przypadło średnio 0,7 tys. teleporad. Najmniej udzielono ich w Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie (1,3 tys.), gdzie na jednego lekarza POZ przypadło średnio 0,2 tys. teleporad.

W I półroczu 2020 r. średnio na jednego lekarza POZ przypadło od 0,2 tys. do 1,1 tys. świadczeń udzielonych w formie teleporady, przy czym najwięcej było ich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach (stanowiły 80% wszystkich porad), a najmniej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli (7%). Najmniej teleporad odnotowano też w Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie (7%) oraz Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rymanowie (7%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2020 r. oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ogółem 6375 umów w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁵, tj. o 225 (3%) mniej, niż w roku poprzednim. Najwięcej w województwie śląskim (855) i wielkopolskim (805), zaś najmniej w województwie lubuskim (178) i opolskim (198).

Liczba umów i udzielonych porad przez lekarzy, pielęgniarki i położne AOS⁴⁶

Lekarze AOS udzielili ogółem 61 902,8 tys. porad (dotyczy wszystkich zakresów) i w porównaniu do 2019 r. było to mniej o 20%. Największy spadek liczby takich porad (23%) odnotowano w województwie lubelskim oraz świętokrzyskim, zaś najmniejszy w województwie pomorskim (16%) oraz w podlaskim i warmińsko-mazurskim (po 18%). Najwięcej świadczeń udzielono w zakresie położnictwa i ginekologii (7316,7 tys. porad), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (5607,1 tys.) oraz okulistyki (5126,6 tys.), zaś najmniej w zakresie toksykologii (88).

W formie teleporady udzielono 9341,3 tys. świadczeń (dotyczy wszystkich zakresów), które stanowiły 15% wszystkich porad. Najwięcej w województwie śląskim (20%), zaś najmniej (9%) w województwach: lubuskim i dolnośląskim. Najwięcej teleporad udzielono w zakresie neurologii (977,2 tys.), kardiologii (965,6 tys.) oraz położnictwa i ginekologii (902,2 tys.).

W 2020 r. pielęgniarki udzieliły 8,6 tys. samodzielnych porad, w ramach kontynuacji leczenia, w zakresie chirurgii (2,1 tys.), diabetologii (2,7 tys.), kardiologii (1,0 tys.) oraz położnictwa i ginekologii (2,7 tys.).

W latach 2019–2020 (I półrocze) lekarze w 22 skontrolowanych podmiotach udzielili łącznie 755,2 tys. porad w AOS, w tym 284,3 tys. w I półroczu 2019 r., 259,4 tys. w II półroczu 2019 r. i 211,4 tys. w I półroczu 2020 r. **W porównaniu do I półrocza 2019 r. liczba porad w I półroczu 2020 r. zmniejszyła się o 26%. Było to spowodowane m.in. czasowym ograniczeniem udzielania niektórych świadczeń w okresie epidemii COVID-19.**

Liczba udzielonych porad AOS w skontrolowanych podmiotach

W I półroczu 2019 r. najwięcej porad w AOS udzielono w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (66,3 tys.). W przeliczeniu na jeden etat przypadło tam średnio 3,0 tys. porad. Najmniej porad zaewidencjonowano w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym (2,0 tys.). Tam na jednego lekarza przypadło średnio 0,7 tys. porad.

Średnio na jednego lekarza w AOS, w I półroczu 2019 r., przypadło od 0,3 tys. do 3,0 tys. porad; najwięcej w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu, a najmniej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju.

W I półroczu 2020 r. najwięcej porad w AOS udzielono w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (53,8 tys.), gdzie na jeden etat przeliczeniowy przypadło średnio 2,5 tys. porad. Najmniej zaś było w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym (2,0 tys.), gdzie w przeliczeniu na jednego lekarza przypadło średnio 0,3 tys. porad.

⁴⁵ W tym umowy zawarte z praktykami grupowymi i indywidualnymi.

⁴⁶ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia..., op. cit.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Teleporady w AOS w skontrolowanych podmiotach

W I półroczu 2020 r. w AOS udzielono 44,3 tys. świadczeń w formie teleporady, które stanowiły 21% wszystkich porad. Najwięcej teleporad udzielono w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (21,6 tys.). Na jeden etat przeliczeniowy przypadało tam średnio 1,0 tys. teleporad. Najmniej udzielono ich w Przychodni Rejonowej w Chojnowie (55), gdzie na jednego lekarza przypadło średnio osiem teleporad.

W I półroczu 2020 r. na jednego lekarza (lub etat przeliczeniowy) przypadało średnio od sześciu do 1000 teleporad. Najwięcej w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (40% wszystkich porad w AOS), a najmniej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie (2%).

W skontrolowanych podmiotach najwięcej teleporad udzielono w zakresie położnictwa i ginekologii (6,1 tys.), neurologii (5,5 tys.) i kardiologii (4,5 tys.).

Kwalifikacje pielęgniarek udzielających świadczeń w POZ i AOS

Pielęgniarki i położne udzielające świadczeń w 18 spośród skontrolowanych podmiotów (82%) spełniały wymagane kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe, zgodnie z art. 7–8 ustawy o POZ i rozporządzeniem z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami⁴⁷.

W czterech podmiotach (18%) stwierdzono pojedyncze przypadki niespełniania wymagań. W dwóch przypadkach przyczyną był brak wymaganego stażu pracy w szpitalu przez osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek oraz na stanowisku położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych położnych, co było niezgodne z wymogami określonymi w cz. I, poz. 26 i 27 załącznika *Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami* do przywołanego rozporządzenia. Natomiast dwie inne pielęgniarki udzielające świadczeń w POZ nie miały ukończonych stosownych kursów kwalifikacyjnych, określonych w art. 7 ust. 1–2 ustawy o POZ.

Niewykonywanie samodzielnych porad przez pielęgniarki w AOS

Lekarze w AOS nie wykorzystywali możliwości zlecenia pielęgniarkom i położnym przewidzianej dla tych zawodów samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów, tj. udzielania porad pielęgniarskich/porad położnej.

Pielęgniarki i położne, które miały wymagane kwalifikacje, od 17 października 2019 r. uzyskały możliwość udzielania samodzielnych porad w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jako kontynuację leczenia pacjenta, na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza⁴⁸. Samodzielne porady dotyczyły zakresu chirurgii, diabetologii, kardiologii, położnictwa i ginekologii, ale nie wskazano ich źródła finansowania. Dopiero od 1 stycznia 2020 r., zarządzeniem Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie

⁴⁷ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

⁴⁸ Wykaz gwarantowanych świadczeń dla porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji został wprowadzony do rozporządzenia w sprawie AOS rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie AOS.

określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzono wycenę procedur, które w poradni specjalistycznej samodzielnie może wykonać pielęgniarka lub położna.

W pięciu skontrolowanych podmiotach (23%) – mimo że pielęgniarki spełniały wymagane kwalifikacje – samodzielne udzielanie porad nie było im zlecane w poradniach kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych lub diabetologicznej. Przyczyną, jak wyjaśniano, był przede wszystkim brak potrzeby realizacji takich świadczeń. W pozostałych podmiotach pielęgniarki nie miały wszystkich wymaganych kwalifikacji. Przede wszystkim nie ukończyły specjalistycznego kursu dotyczącego ordynowania leków i wypisywania recept.

Lekarze udzielający pacjentom porad w gabinecie przeznaczali na badanie podmiotowe i przedmiotowe średnio prawie 72% czasu trwania porady, zaś ponad 28% na prowadzenie dokumentacji medycznej oraz czynności administracyjne. Średni czas porady⁴⁹ wynosił 16 min. 33 sek. (mediana 15 min. 59 sek.), w tym średni czas przeznaczony na badanie podmiotowe i przedmiotowe wyniósł 11 min. 52 sek. (mediana 11 min. 27 sek.), a na prowadzenie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne 4 min. i 41 sek. (mediana 4 min. 31 sek.).

Średni czas leczenia pacjentów i wykonywania czynności administracyjnych

Podczas udzielania teleporady na badanie podmiotowe lekarze przeznaczali średnio niecałe 57% czasu trwania teleporady, a ponad 43% na prowadzenie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne.

Analiza czasu trwania etapów porady lekarskiej, przeprowadzona na próbie formularzy wypełnionych przez 342 lekarzy, podczas udzielania przez nich 7655 świadczeń w POZ i AOS⁵⁰, wykazała, że:

1) dla porad pierwszorazowych⁵¹:

- średni czas trwania porady wyniósł 17 min. 50 sek., mediana⁵² 17 min. 24 sek. (czas minimalny – 1 min., czas maksymalny – 1 h 30 min.),
- średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 12 min. 59 sek., mediana 12 min. 40 sek.; to 72,8% średniego czasu trwania porady,
- średni czas prowadzenia dokumentacji medycznej i wykonywania czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady wyniósł 4 min. 51 sek., mediana 4 min. 44 sek.; to 27,2% średniego czasu trwania porady;

⁴⁹ W tym porada pierwszorazowa i kontynuacja leczenia.

⁵⁰ Lekarze udzielający świadczeń w Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie odmówili wzięcia udziału w badaniu kontrolnym, dotyczącym określenia czasu trwania poszczególnych etapów porady lekarskiej. Przyczyną, jak wyjaśniono, był brak czasu na wypełnienie formularza w trakcie przyjmowania pacjentów.

⁵¹ Pacjent zgłaszał się po raz pierwszy na poradę w danej poradni.

⁵² Wartość cechy, która dzieli uporządkowaną zbiorowość statystyczną na dwie równoliczne części w ten sposób, że poniżej i powyżej tej wartości znajduje się jednakowa liczba obserwacji. Źródło: <https://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2903,pojecie.html>, dostęp 17.03.2021 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

2) dla kontynuacji leczenia⁵³:

- średni czas trwania porady wyniósł 15 min. 16 sek., mediana 14 min. 21 sek. (czas minimalny – 1 min., czas maksymalny – 1 h),
- średni czas badania przedmiotowego i podmiotowego wyniósł 10 min. 47 sek., mediana 10 min. 9 sek.; to 70,7% średniego czasu trwania porady,
- średni czas prowadzenia dokumentacji medycznej i wykonywania czynności administracyjnych, w ramach udzielanej porady wyniósł 4 min. 28 sek., mediana 4 min. 12 sek.; to 29,3% średniego czasu trwania porady;

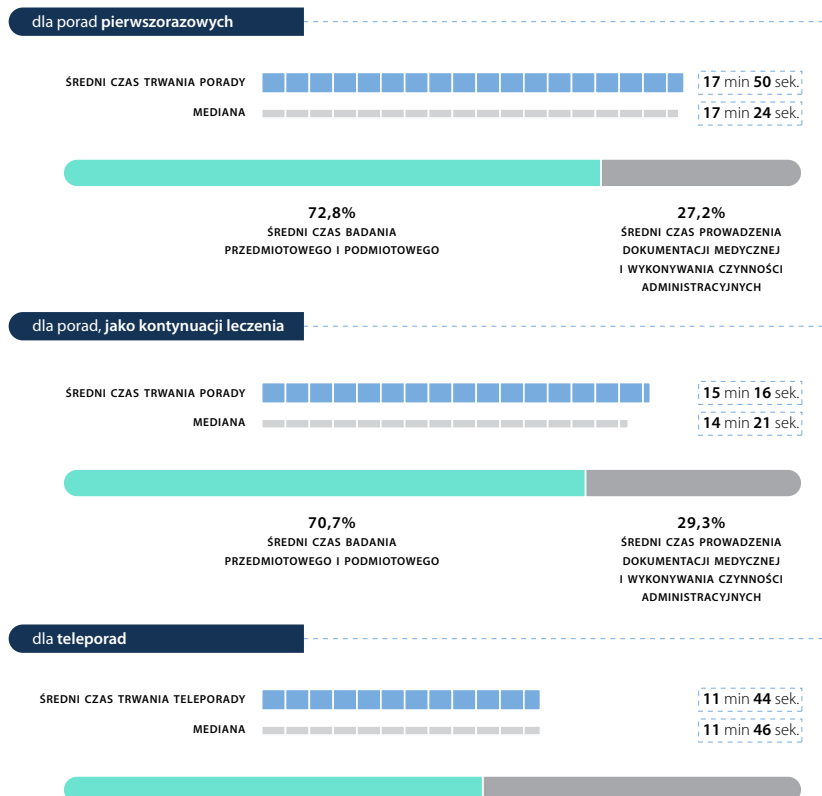
3) dla teleporad:

- średni czas trwania teleporady wyniósł 11 min. 44 sek., mediana 11 min. 46 sek. (czas minimalny – 1 min., czas maksymalny – 1 h),
- średni czas badania podmiotowego wyniósł 6 min. 40 sek., mediana 6 min. 41 sek., co stanowiło 56,8% średniego czasu trwania teleporady,
- średni czas prowadzenia dokumentacji medycznej i wykonywania czynności administracyjnych, w ramach udzielanej teleporady wyniósł 5 min. 4 sek., mediana 5 min. 5 sek., co stanowiło 43,2% średniego czasu trwania teleporady.

Zarówno w przypadku porad, jak i teleporad, czas przeznaczony na prowadzenie dokumentacji medycznej i czynności administracyjne był zbliżony: wynosił średnio ok. 4 min. 48 sek., mediana 4 min. 44 sek.

Infografika nr 3

Udział średniego czasu przeznaczonego na prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wykonywanie czynności administracyjnych w średnim czasie trwania porady lekarskiej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

⁵³ Pacjent zgłaszał się na poradę kolejny raz.

5.4. Zastosowanie narzędzi informatycznych wspierających proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze były wyposażone w niezbędne narzędzia informatyczne (sprzęt komputerowy, odpowiednie oprogramowanie) adekwatnie do miejsc udzielania świadczeń i liczby gabinetów lekarskich POZ i AOS. Wyjątkiem były gabinety profilaktyki zdrowotnej zlokalizowane w szkołach, w których pielęgniarki sprawowały profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami. **W skontrolowanych podmiotach brakowało jednak urządzeń mobilnych, które można było wykorzystać podczas wizyt domowych, nadto urządzeń wielofunkcyjnych do skanowania dokumentacji.**

W okresie objętym kontrolą na zakup urządzeń informatycznych lub oprogramowania oraz rozbudowę i eksploatację systemów informatycznych skontrolowane podmioty poniosły koszty w wysokości 4053,5 tys. zł, w tym 2228,4 tys. zł w 2019 r. i 1825,1 tys. zł w 2020 r. (do 30 września). Środki własne stanowiły 3851,5 tys. zł, a dofinansowanie z innych źródeł 202,8 tys. zł. Na poniesione koszty składały się:

Koszty na zakup, rozbudowę i eksploatację systemów informatycznych

- koszty zakupu nowych systemów informatycznych, komputerowego sprzętu, serwerów oraz licencji na nowe oprogramowanie (wraz z dostawą, montażem, instalacją, uruchomieniem i wdrożeniem), które wyniosły 1518,1 tys. zł, w tym 962,7 tys. zł w 2019 r. i 555,4 tys. zł w 2020 r. (do 30 września);
- koszty eksploatacji systemów informatycznych (serwis, konserwacja, asysta techniczna, naprawy, usługi administrowania oraz koszty licencji), które wyniosły 2244,9 tys. zł, w tym 1122,9 tys. zł w 2019 r. i 1122,0 tys. zł w 2020 r. (do 30 września);
- koszty rozbudowy systemów informatycznych, które wyniosły 290,5 tys. zł, w tym 142,7 tys. zł w 2019 r. i 147,8 tys. zł w 2020 r. (do 30 września).

W trzech podmiotach (14%) stwierdzono nieprawidłowości, z tego w dwóch podmiotach dotyczyły one ponoszonych kosztów eksploatacji systemów informatycznych, zaś w jednym podmiocie związane były one z ponoszonymi kosztami zakupu sprzętu komputerowego.

Przykłady

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie – zawarcie na czas nieokreślony umowy zlecenia na zapewnienie asysty technicznej i wsparcia informatycznego (nr 6/2018), a także wprowadzenie do tej umowy zmian na podstawie zawartych aneksów (nr 1 z 28 lutego 2018 r., nr 2 z 31 stycznia 2019 r., nr 3 z 15 maja 2019 r.), skutkujących zwiększeniem wynagrodzenia wykonawcy, nastąpiło z naruszeniem art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁵⁴. Przepis ten nakładał obowiązek udzielenia zamówienia wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami tej ustawy.

⁵⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r., dalej zwana ustawą Pzp. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie od stycznia 2018 r. do września 2020 r. wypłacono wykonawcy umowy wynagrodzenie w łącznej kwocie 149,2 tys. zł. W omawianym przypadku nie zastosowano przewidzianego w ustawie trybu udzielenia zamówienia, pomimo że łączna wartość wypłaconego wynagrodzenia przekroczyła kwotę 30,0 tys. euro, tj. próg, od którego zastosowanie do udzielania zamówień miała ustawa Pzp, ale również z pominięciem postanowień obowiązującego Regulaminu udzielania zamówień. Dodatkowo w myśl art. 142 ust. 1 ustawy Pzp oraz § 5 ust. 1 Regulaminu udzielania zamówień przywołana umowa nie mogła zostać zawarta na czas nieoznaczony. W ocenie NIK stanowiło to czyn wypełniający znamiona naruszenia dyscypliny finansów publicznych.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach bezzasadnie zwiększono wynagrodzenie zleceniobiorcy o 70 zł brutto za każdą dodatkowo przepracowaną godzinę w 2020 r., wskutek czego wypłacono zleceniobiorcy dodatkowo 28,6 tys. zł za czynności, które miały być wykonywane w ramach pierwotnej umowy na wykonywanie czynności związanych ze sprawowaniem nadzoru i administrowaniem siecią informatyczną. W ocenie NIK było to działaniem niegospodarnym.

W Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach – SPZOZ niegospodarnie wydatkowano kwotę 15,8 tys. zł z tytułu umów zlecenia na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych, co stanowiło 2,9% kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych.

W dniach 15 stycznia, 1, 11, 28 lutego i 15 kwietnia 2019 r. oraz 18 lutego 2020 r. Dyrektor zawarł ze zleceniobiorcą sześć umów zlecenia na skompletowanie i złożenie 10 jednostek komputerowych (zestawów komputerowych) za wynagrodzeniem 1,9 tys. zł/szt. w 2019 r. i 1,8 tys. zł/szt. w 2020 r. (łącznie zleceniobiorcy zapłacono 18,8 tys. zł, z tego 15,2 tys. zł w 2019 r. i 3,6 tys. zł w 2020 r.), w sytuacji gdy stawki za tego typu usługi, oferowane przez wybrane przez NIK w celach porównawczych firmy komputerowe (w tym sklepy, w których zakupiono podzespoły do montażu zestawów komputerowych), nie przekraczały 0,3 tys. zł/szt. Łączny koszt nabycia zestawów komputerowych (z tytułu usług skompletowania i złożenia zestawów oraz z tytułu zakupu podzespołów) wyniósł 53,0 tys. zł, a koszt jednostkowy – od 4,6 tys. zł do 6,4 tys. zł (średnio 5,3 tys. zł), w tym koszt jednostkowy z tytułu usług skompletowania i złożenia zestawu komputerowego stanowił od 29,9% do 41,2% (średnio 35,9%).

W ocenie NIK, decyzja o nabyciu komputera poprzez zlecenie montażu podzespołów powodowała, że jednostka taka jako całość nie była w ogóle objęta gwarancją (w umowach na skompletowanie i złożenie jednostek komputerowych zleceniobiorca nie udzielił gwarancji na te jednostki). W razie awarii powstawała zatem konieczność jej usunięcia we własnym zakresie i na własny koszt (ewentualnie skorzystanie z gwarancji na dany podzespół, jeśli stwierdzona zostanie jego awaria). Jakkolwiek usuwanie awarii sprzętu komputerowego należało do zadań tego samego zleceniobiorcy na podstawie odrębnych umów za wynagrodzeniem 1,4 tys. zł miesięcznie, to w umowach tych nie określono obowiązków zleceniobiorcy w zakresie usuwania awarii, w szczególności czasu reakcji na zgłoszenia awarii (w tym dostarczenia sprzętu zastępczego) oraz czasu ich usunięcia (jako przedmiot umów podano jedynie okresowe przeglądy, bieżącą kontrolę poprawności działania i diagnozowanie przyczyn błędów w pracy elementów sprzętu komputerowego).

Niewykorzystywanie zakupionych modułów

W pięciu skontrolowanych podmiotach (23%) nie były wykorzystywane wszystkie zakupione moduły i funkcjonalności systemu informatycznego.

Przykłady

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulejówku w module systemu informatycznego służącego do zarządzania przychodnią nie uruchomiono funkcjonalności dotyczącej komunikacji z pacjentami w formie e-mail oraz wiadomości sms, co było działaniem nierzetelnym. Uniemożliwiło to powiadamianie pacjentów o aktualnym statusie zapisu na wizytę oraz ograniczenie liczby przypadków, gdy pacjent zapisuje się na wizytę, ale o niej zapomina.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodkiem Zdrowia w Poraju pomimo zakupu modułów systemu informatycznego: 1) Księgowość (w ramach systemu tzw. części szarej) w lutym 2018 r. za 1,2 tys. zł; 2) eRejestracja⁵⁵ (w ramach systemu tzw. części białej) w lutym 2019 r. za 1,5 tys. zł; 3), eWyniki Lab⁵⁶ (w ramach systemu tzw. części białej) w styczniu 2020 r. za 1,2 tys. zł; do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK nie korzystano z nich. W ocenie NIK było to działanie niegospodarne. Skontrolowany podmiot zadeklarował ich wdrożenie maksymalnie do końca 2021 r.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach zakupiony w 2015 r. program do prowadzenia ewidencji środków trwałych System Środki Trwałe FIN-ST, nie był wykorzystywany do 12 października 2020 r. System ten został uruchomiony produkcyjnie dopiero w trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych i w ich następstwie, w dniu 3 grudnia 2020 r.

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie spośród 23 modułów systemu KS-PPS, do których Zespół miał dostęp na podstawie zawartej umowy licencji, niewykorzystywanych było osiem modułów⁵⁷. Na niewykorzystywany moduł *BDO* (Dokumentacja BDO) wydatkowano 250,92 zł w 2019 r. i 258,30 zł w 2020 r. Funkcjonalność ta była zastąpiona dokumentacją przygotowywaną samodzielnie. W odniesieniu do siedmiu innych niewykorzystywanych modułów wyjaśniono, że dostępność do tych modułów nie generowała kosztów zakupu, a część z tych modułów była aktywna przy zakupie minimalnej konfiguracji licencji (były to takie moduły, które zawierał program, nawet jeśli użytkownik nie zamierzał z nich korzystać).

W Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chełmie nie wszystkie moduły/funkcje KS-PPS były w ZOZ wykorzystywane. Nie korzystano z modułów takich jak: *Wizyta*, *POZ*, *Praca zdalna* oraz modułów, dla których dostęp zapewniała strona internetowa. W module *Kontrakty* nie korzystano z funkcjonalności *Ankiety*, a w module *Rozliczenia* z funkcjonalności: *Recepty*, *Skierowania*, *Zestawienia*.

Jak wyjaśniono, moduły *Wizyta*, *POZ* i *Praca zdalna* były elementami podstawowej wersji licencji, i nie było możliwości jej modyfikacji. Moduł *Wizyta* i *POZ* nie były wykorzystywane, ponieważ takie funkcjonalności miał użytkowany od 2020 r. (dodatkowo zakupiony) moduł *Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)*, który zawierał większy zakres funkcjonalności związanych z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Moduł *Praca zdalna* nie był wykorzystywany ze względu na trudności związane z jego użytkowaniem. Nie korzystano z funkcjonalności *Ankiety*, gdyż na etapie kontraktowania usług NFZ udostępniał dodatkową aplikację, za pomocą której Zakład składał

⁵⁵ System umożliwiający pacjentowi umawianie się na wizytę drogą elektroniczną.

⁵⁶ Moduł umożliwiający automatyczną wymianę danych pomiędzy podmiotem leczniczym a laboratorium.

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

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

oferę. Funkcjonalności: *Recepty, Skierowania i Zestawienia* z modułu *Rozliczenia* były wykorzystywane tylko w zakresie przeglądania danych, gdyż ich wprowadzanie przez personel medyczny odbywało się w innych modułach KS-PPS (w 2019 r. w module *Wizyta*, a w 2020 r. w module *EDM*).

Użytkowane systemy informatyczne w skontrolowanych podmiotach nie stanowiły jednego zintegrowanego systemu i nie współpracowały ze sobą bezpośrednio. System obsługi finansowo-księgowej i administracyjno-zarządczej (tzw. część szara) nie współdziałał z systemem medycznym (tzw. część biała), poza jednym wyjątkiem.

Dobra praktyka

W **Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie** użytkowany był zintegrowany system informatyczny. System obsługiwał zarówno tzw. część białą – medyczną, jak i część szarą – finansowo-księgową oraz kadrową. Oprogramowanie zostało zakupione i wdrożone w 2011 r., przy czym moduły części szarej zostały wdrożone w 2020 r. Jednocześnie do końca 2020 r. planowane było wykorzystywanie równoległe poprzedniego systemu odpowiadającego za część szarą. Wykorzystywane moduły systemu korzystały z tej samej bazy danych. System informatyczny umożliwiał rejestrację pacjentów, prowadzenie kartoteki medycznej (rozpoznanie, wywiady medyczne, zdjęcia, recepty, zwolnienia lekarskie, skierowania, zlecenia, badania laboratoryjne, szczepienia, itd.), rozliczenia finansowe z NFZ, pacjentem prywatnym oraz innymi placówkami, generowanie księgi głównej Zakładu, obsługę specjalistycznych gabinetów lekarskich, prowadzenia kartoteki pracownika, ewidencji czasu pracy oraz tworzenia szerokiej gamy sprawozdań i analiz statystycznych⁵⁸.

Niespełnianie wszystkich wymagań do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej

Ogledziny użytkowanych systemów informatycznych w skontrolowanych podmiotach wykazały, że tylko w pięciu podmiotach (23%) systemy informatyczne spełniały wszystkie wymagania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej⁵⁹, określone w § 1 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁰, czyli zapewniały:

- integralność treści dokumentacji medycznej i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian przez osoby nieuprawnione;
- podpisywanie dokumentacji medycznej podpisem kwalifikowanym i PUE⁶¹ (lekarze wykorzystywali podpis PUE-ZUS); podpis kwalifikowany wykorzystywany był jedynie przez pracowników administracji

⁵⁸ Nie były jeszcze wykorzystywane między innymi moduły dotyczące pracowni rehabilitacji i RIS (dotyczący badań diagnostyki obrazowej) z powodu niewykupienia licencji.

⁵⁹ W Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy, Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie, Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie oraz Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie.

⁶⁰ Dz. U. poz. 666, ze zm.

⁶¹ Platforma Usług Elektronicznych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w części szarej; w tych pięciu skontrolowanych podmiotach były wykorzystywane 24 podpisy kwalifikowane⁶²;
- dostęp do dokumentacji medycznej osobom uprawnionym oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (użytkownik systemu był jednoznacznie identyfikowany poprzez nadany mu indywidualny identyfikator, uprawnienia dostępu były nadawane wyłącznie w zakresie zajmowanego stanowiska), wymagania odnośnie zachowania poufności oraz polityki haseł zawarte były w wewnętrznych uregulowaniach;
 - identyfikację osoby sporządzającej dokumentację medyczną i dokonującej wpisu;
 - informację o czasie udzielenia świadczenia, dacie wydruku i autoryzacji dokumentacji medycznej;
 - przyporządkowanie danych (dla odpowiednich rodzajów dokumentacji), o których mowa w § 10 pkt 3 lit. a–c i e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, identyfikujących osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne (imię i nazwisko, tytuł zawodowy i numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis);
 - możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w standardach HL7 CDA⁶³ oraz możliwość zapisu i dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM;
 - możliwość wydruku dokumentacji medycznej.

Pozostałe skontrolowane podmioty nie zapewniły w swoich systemach informatycznych spełnienia wszystkich wymagań do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej, w tym:

- w 15 skontrolowanych podmiotach (68%) systemy informatyczne nie prezentowały pełnej historii zmian dokumentów wraz z informacją o użytkowniku modyfikującym dokument w formie elektronicznej i czasie dokonania modyfikacji (widoczna była tylko ostatnia modyfikacja oraz autoryzacja)⁶⁴;
- w dziewięciu skontrolowanych podmiotach (41%) nie zapewniono możliwości zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM⁶⁵ lub innych;
- w dwóch podmiotach⁶⁶ (9%) systemy informatyczne zapewniały możliwość zapisu, ale bez możliwości dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach DICOM;
- w jednym podmiocie⁶⁷ (5%), pomimo że system zapewniał możliwość zapisu oraz dystrybuowania diagnostyki obrazowej w standardach

⁶² Łącznie w 22 skontrolowanych podmiotach było wykorzystywanych 77 podpisów kwalifikowanych.

⁶³ HL7 – standard przesyłania wiadomości, umożliwia elektroniczną wymianę danych klinicznych między systemami.

⁶⁴ W jednym przypadku (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulejówku) uzyskanie pełnej historii logowania zmian każdorazowo wiązało się z ingerencją producenta.

⁶⁵ DICOM – standard przesyłania, przechowywania, pobierania, drukowania, przetwarzania i wyświetlania informacji z obrazowania medycznego.

⁶⁶ W Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu oraz w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach.

⁶⁷ W Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chełmie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- DICOM, to jednak opcja nie była wykorzystywana ze względu na brak integracji z systemami obsługi diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej;
- w trzech podmiotach⁶⁸ (14%) na wydrukach dokumentacji medycznej generowanych z systemu informatycznego nie było przyporządkowania wszystkich cech informacyjnych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych; wydruki te musiały być nadal autoryzowane przez lekarza pieczętą i podpisem.

W trakcie trwania czynności kontrolnych, w pięciu⁶⁹ podmiotach uzyskano informację, że zapewniono w użytkowanych systemach informatycznych prezentowanie pełnej historii zmian wprowadzanych do dokumentacji medycznej wraz z informacją o użytkowniku modyfikującym dokument w formie elektronicznej i czasie dokonania modyfikacji.

Warunki organizacyjno-techniczne prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

Zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, podstawową postacią dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiocie udzielającym świadczeń medycznych jest dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej. Może być także prowadzona w postaci papierowej, jeżeli postać taka jest przewidziana przepisem prawa (np. § 39 ust. 2 i § 68 ust. 2 tego rozporządzenia) lub w przypadku braku warunków organizacyjno-technicznych umożliwiających prowadzenie dokumentacji elektronicznej⁷⁰ (§ 1 ust. 2 tego rozporządzenia).

Nie wszystkie kontrolowane podmioty zapewniły warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a niektóre – pomimo że zapewniały warunki – prowadziły ją nadal w postaci papierowej. Pełna elektroniczna dokumentacja medyczna prowadzona była tylko w trzech⁷¹ spośród 22 skontrolowanych podmiotów. Kierownictwa tych podmiotów wprowadziło wewnętrznymi zarządzeniami obowiązki prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej.

W trzech podmiotach (14%) dokumentacja prowadzona była w postaci elektronicznej, ale pewne jej rodzaje były prowadzone w postaci papierowej.

⁶⁸ W Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chełmie, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulejówku oraz w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie.

⁶⁹ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Poraju, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach, Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy.

⁷⁰ Przez brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć zarówno stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym jest prowadzona dokumentacja, czy sprzętu.

⁷¹ W Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie oraz Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie.

Przykłady

W Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie zapewnione zostały warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń pielęgniarstwa szkolnego oraz świadczeń rehabilitacji leczniczej, czyli karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, którą prowadzono w formie papierowej.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie od 2019 r. prowadzona była dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej, jedynie dokumentacja medyczna dotycząca świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, świadczeń stomatologicznych w szkołach oraz karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej prowadzone były nadal w postaci papierowej;

W Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu zapewniono warunki organizacyjno-techniczne do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń pielęgniarstwa środowiskowego i położniczego środowiskowego, która prowadzona była w formie papierowej, z powodu braku mobilnych urządzeń do ewidencji danych.

W pozostałych podmiotach dokumentacja medyczna prowadzona była po części w postaci papierowej, a po części w postaci elektronicznej, w większym lub mniejszym zakresie. Do systemu informatycznego wprowadzane były w szczególności dane potrzebne do rozliczeń z OW NFZ. Dokumentacja była prowadzona w postaci papierowej przede wszystkim z powodu obaw personelu dotyczących niezbyt sprawnego posługiwania się nowym narzędziem informatycznym, braku mobilnych urządzeń do ewidencji danych medycznych lub braku modułów w systemach, a także z powodu konieczności potwierdzania przez pacjentów udzielenia świadczenia.

Przykłady

W Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach dokumentacja medyczna prowadzona była wyłącznie w postaci papierowej. Do systemu informatycznego wprowadzane były tylko dane potrzebne do sporządzenia raportu statystycznego w celu rozliczenia z OW NFZ. Podmiot nie miał wykupionych wszystkich modułów do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. System informatyczny użytkowany był od 2007 r., dlatego zaplanowano kompleksową informatyzację, mającą na celu poprawę jakości obsługi pacjenta. W wyniku zakończonego postępowania przetargowego, 23 listopada 2020 r. została zawarta umowa z podmiotem zewnętrznym na informatyzację, której celem miała być poprawa jakości i efektywności obsługi pacjentów wraz z transportem, dostawą i instalacją infrastruktury sprzętowej. Przedmiot umowy obejmował w szczególności wdrożenie ośmiu e-usług⁷², integrację części

⁷² e-Rejestracja (możliwość zarejestrowania terminów na usługi w Poradni, dostęp do wszystkich udostępnionych grafików); e-Wizyta Domowa (możliwość zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę domową oraz ustalenie terminu wizyty); e-Recepta (możliwość zamawiania recept przez przewlekłe chorych); e-Pielęgniarka Szkolna (możliwość komunikacji pomiędzy pielęgniarką szkolną a opiekunami prawnymi ucznia); e-Powiadomienia (moduł automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżających się terminach wizyt oraz innych zdarzeń medycznych); e-Potwierdzenia (możliwość zwrotnej informacji kanałem SMS, e-mail, na otrzymany komunikat, np. SMS z odpowiedzią NIE na pytanie, czy pacjent akceptuje zmianę terminu, gdzie w przypadku braku akceptacji, system będzie anulować wizytę i zwolni termin dla innych pacjentów); e-Kolejka (dostęp do informacji o statusie pacjenta w kolejce oczekujących w poradni lub procedury

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

medycznej „białej” z częścią administracyjno-zarządczą „szarą”, a także integrację z zewnętrznym laboratorium medycznym oraz gabinetami pielęgniarek szkolnych. Termin zakończenia realizacji umowy o wartości 541,2 tys. zł został określony na dzień 28 lutego 2021 r. Projekt współfinansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020.

W **Przychodni Rejonowej w Jaworze** dokumentację medyczną prowadziło 21 lekarzy POZ/AOS w postaci papierowej, a tylko jeden lekarz POZ prowadził ją w postaci elektronicznej. System informatyczny służył tylko do wystawiania e-recept, e-zwolnień lekarskich, drukowania skierowań, weryfikacji refundacji leków w ramach dostępnej w systemie bazy danych. Historię zdrowia i choroby prowadzono w kartotekach papierowych pacjenta. Pielęgniarki i położne środowiskowe prowadziły dokumentację medyczną również w formie papierowej.

NIK zwraca uwagę, że prowadzenie dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym powinno odbywać się według jednolitych zasad. Dokumentacja prowadzona w jednej postaci, np. elektronicznej, nie może być jednocześnie prowadzona w drugiej, np. papierowej (§ 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej). Celem wprowadzenia tego przepisu było promowanie spójnych rozwiązań i wyeliminowanie nieefektywnych praktyk tworzenia jednego dokumentu jednocześnie w postaci elektronicznej i papierowej. Celem tego jest uniknięcie sytuacji, w których ten sam dokument funkcjonuje w obiegu w dwóch wersjach, często niespójnych, gdyż wpisy dokonywane byłyby zamiennie, raz w wersji papierowej, a raz w wersji elektronicznej.

System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji

Zgodnie z § 20 ust. 1 i 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 teleinformatycznych⁷³, podmiot realizujący zadania publiczne opracowuje i ustanawia, wdraża i eksploatuje, monitoruje i przegląda oraz utrzymuje i doskonali system zarządzania bezpieczeństwem informacji zapewniający poufność, dostępność i integralność informacji. Uwzględnia takie atrybuty jak autentyczność, rozliczalność, niezaprzeczalność i niezawodność. Kierownictwo podmiotu leczniczego winno zapewnić warunki zarządzania bezpieczeństwem informacji poprzez szereg działań, wskazanych w § 20 ust. 2 tego rozporządzenia. Zadanie to jest realizowane poprzez takie zabezpieczenie informacji, by osoby nieuprawnione nie mogły jej ujawnić, zmodyfikować, usunąć lub zniszczyć. Tym samym, takie procedury powinny nie tylko powstać, ale również być na bieżąco aktualizowane, w zależności od problemów, które pojawiają się w praktyce.

Przejsie na elektroniczną formę prowadzenia dokumentacji medycznej wiąże się przede wszystkim z:

- upoważnieniem personelu do przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym;

medyczne i planowanym terminie przyjęcia oraz ogólnej kolejce oczekujących); e-Skierowanie (dostęp do informacji o wystawionych e-skierowaniach, zgłoszenie zapotrzebowania na skierowanie w przypadku osób przewlekle chorych).

⁷³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- koniecznością podpisania w niektórych przypadkach umowy powierzenia danych osobowych (gdy np. zewnętrzny podmiot udostępnia i konserwuje system, uzyskując dostęp do danych osobowych);
- obowiązkiem właściwego zabezpieczenia danych osobowych przetwarzanych w nowej formie;
- koniecznością przeprowadzenia analizy ryzyka i w niektórych przypadkach oceny skutków dla ochrony danych (gdy sposób przetwarzania, w tym z użyciem nowych technologii, z dużym prawdopodobieństwem może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw/wolności osób fizycznych).

W pięciu skontrolowanych jednostkach (23%) ustalono nieprawidłowości dotyczące zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Przykłady

W latach 2019–2020, w **Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach** nie była prowadzona okresowa analiza ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji. Obowiązek prowadzenia takiej analizy został określony w § 20 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności.

W **Przychodni Rejonowej w Chojnowie** opracowana i wdrożona w 2011 r. „Polityka Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych” nie była na bieżąco aktualizowana, także w związku z nową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad, co było niezgodne z § 20 ust. 1 rozporządzenia w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności.

W dwóch podmiotach – **Przychodni Rejonowej w Chojnowie oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju** – nie zapewniono inwentaryzacji sprzętu i oprogramowania służącego do przetwarzania informacji obejmującej ich rodzaj i konfigurację, czym naruszono § 20 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności.

W **Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy** nie wyegzekwowano od dostawcy oprogramowania przekazania uprawnień administratora (hasła i loginu). Tym samym nie zostały zrealizowane postanowienia zawartej umowy.

Systemy informatyczne wykorzystywane przez skontrolowane podmioty w ograniczonym stopniu wspierały personel medyczny przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Tylko w trzech jednostkach skontrolowanych⁷⁴ (14%) umożliwiały kompleksowe zarządzanie pracą podmiotu leczniczego.

Narzędzia wspierające pracę personelu medycznego

W wyniku przeprowadzonych oględzin systemów informatycznych podmiotów skontrolowanych stwierdzono, że:

- tylko w dwóch podmiotach (9%) systemy mogły pracować na urządzeniach stacjonarnych i mobilnych (urządzenia do obsługi systemu teleinformatycznego); w ośmiu podmiotach (36%) systemy miały możliwość pracy zarówno na urządzeniach stacjonarnych, jak i przenośnych,

⁷⁴ W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie, Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie oraz w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

jednak z powodu braku mobilnych urządzeń do ewidencji danych opcja ta nie była wykorzystywana; w 12 podmiotach (55%) użytkowane systemy informatyczne mogły obsługiwać tylko urządzenia stacjonarne;

- w siedmiu podmiotach (32%) zapewniono bieżący przepływ danych oraz informacji pomiędzy wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi, także danych pacjentów oraz wyników badań laboratoryjnych, które mogły być udostępnione na terenie całej jednostki⁷⁵; w pięciu podmiotach (23%) bieżący przepływ informacji pomiędzy wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi dotyczył tylko danych pacjenta; w pięciu podmiotach (23%) nie było przepływu informacji pomiędzy wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi, ponieważ bazy danych były oddzielne lub w szkolnych gabinetach profilaktyki nie było dostępu do systemu;
- w 11 podmiotach (50%) wykorzystywano system elektronicznej rejestracji usług na wizyty, opartej na dostępnych online aktualnych grafikach pracy lekarzy POZ i specjalistów, w tym w jednym podmiocie była aktywna rejestracja on-line tylko do lekarzy POZ; pozostałe 11 podmiotów (50%) nie miało licencji lub modułu elektronicznej rejestracji usług, w tym w dwóch zakupiono moduły i licencje, lecz nie wykorzystywano tej funkcjonalności;
- w dziewięciu podmiotach (41%) brakowało oprogramowania dającego możliwość wysyłki powiadomień pacjentowi o aktualnym statusie zapisu na wizytę (w formie e-mail lub wiadomości sms); w jednym nie uruchomiono tej funkcjonalności; natomiast w 12 podmiotach (55%) pacjent otrzymywał powiadomienie o zbliżającym się terminie wizyty, zmianie lub anulowaniu;
- w 13 podmiotach (59%) systemy nie były zasilane bezpośrednio wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej (nie były zintegrowane z zewnętrznymi systemami laboratoryjnymi), wyniki badań mogły być jedynie ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika; tylko w dziewięciu podmiotach (41%) systemy były zasilane wynikami badań diagnostyki laboratoryjnej;
- w 18 podmiotach (82%) systemy nie były zasilane bezpośrednio wynikami badań diagnostyki obrazowej (nie były zintegrowane z innymi systemami do obsługi pracowni diagnostycznych); opisy tych badań mogły być ręcznie wprowadzone do systemu przez użytkownika; tylko w czterech podmiotach (18%) systemy były bezpośrednio zasilane wynikami badań diagnostyki obrazowej;
- według stanu na dzień przeprowadzania oględzin, w 18 podmiotach (82%) wdrożono oprogramowanie obsługujące skierowania elektroniczne, (wystawianie/pobieranie), w jednym podmiocie (5%) wdrożone zostało oprogramowanie umożliwiające wystawianie e-skierowań, jednak było sporadycznie wykorzystywane przez personel i nie było możliwości odbioru elektronicznego skierowania⁷⁶;

⁷⁵ Pięć podmiotów miało jedną lokalizację udzielania świadczeń.

⁷⁶ Wszystkie skontrolowane podmioty do końca 2020 r. wdrożyły e-skierowanie. W czterech jednostkach wdrażano je w trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w dwóch podmiotach (9%) systemy nie umożliwiały wystawiania zwolnień elektronicznych i nie zapewniały integracji z systemem ZUS, pozwalającej na pobieranie listy zakładów pracy pacjenta; wystawianie e-ZLA wymagało logowania do systemów zewnętrznych⁷⁷ (wiązało się to z czynnością przepisywania danych pacjenta z systemu informatycznego, co wydłużało czas przeznaczony na czynności administracyjne);
- w 20 podmiotach (91%) systemy umożliwiały przekazywanie danych do modułu sprawozdawczego, wykorzystywanego do rozliczania kontraktu z NFZ, jednak nie generowały automatycznie raportu statystycznego z danych gromadzonych w systemie na poszczególnych etapach udzielania świadczeń, generowanie odbywało się przez wyznaczonego pracownika; jedynie w dwóch podmiotach (9%) systemy generowały automatycznie raporty statystyczne z danych gromadzonych w systemie; odbywało się to według ustalonego przez administratora harmonogramu zadań.

Systemy informatyczne we wszystkich skontrolowanych podmiotach:

- były zintegrowane z systemem elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), co pozwalało na szybkie i automatyczne sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta;
- zapewniały dostęp do najczęściej używanych funkcji w jednym oknie, aby wykonanie prostej czynności nie wymagało wielokrotnego przełączania się między oknami;
- miały automatyczny dostęp do baz kodów ICD-9 i ICD-10, który znacznie upraszczał tworzenie dokumentacji oraz skracał czas potrzebny na formalności podczas wizyty;
- miały zautomatyzowane formularze skierowań, zleceń, wydawanych zaświadczeń, wykorzystywanych w ramach udzielania świadczeń pacjentom, z możliwością ich ewidencjonowania, drukowania oraz modyfikowania stałych fragmentów opisów, aktualizacja wzorów oraz tworzenie nowych odbywało się na poziomie administratora;
- umożliwiały wgląd do wpisów z poprzednich wizyt oraz pozwalały na tworzenie własnych notatek, w komentarzu, po autoryzacji wizyty, jednak w przypadku braku opisów w historii zdrowia i choroby w elektronicznej formie, w systemie można było jedynie zobaczyć: dane personalne pacjenta, rozpoznania ICD-10, procedury ICD-9, wystawione na poprzedniej wizycie dokumenty (np. skierowania) oraz produkty rozliczeniowe;
- lekarze poprzez systemy informatyczne mieli dostęp do bazy danych, dotyczących charakterystyki produktu leczniczego (dostęp do aktualnych baz leków, w tym leków refundowanych), bazy były aktualizowane bieżąco;
- umożliwiały archiwizację i automatyczne wystawianie recept, na podstawie danych z poprzedniej recepty.

⁷⁷ Przez aplikację gabinet.gov.pl lub portal ZUS PUE.

Opinia użytkowników systemu informatycznego w skontrolowanych podmiotach

Opinie znaczącej większości personelu medycznego skontrolowanych podmiotów, czyli lekarzy, pielęgniarek oraz położnych (429 osób), o użytkowanych e-systemach przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych były pozytywne. Stwierdzono, że:

- 89% osób uznało, że systemy są narzędziem wspierającym udzielanie świadczeń zdrowotnych, a 11% osób wręcz odwrotnie, że jest narzędziem utrudniającym i wydłużającym pracę;
- 90% osób wyraziło opinię, że są intuicyjne w obsłudze, a 10% było przeciwnego zdania;
- 89% osób odpowiedziało, że zostało przeszkolonych w obsłudze systemu informatycznego, a 11% nie zostało przeszkolonych i samodzielnie zapoznało się z jego obsługą;
- 61% ankietowanych samodzielnie obsługuje systemy informatyczne i nie wymaga wsparcia ze strony innych osób, a pozostali (39%) stwierdzili, że takiego wsparcia wymagają i uzyskują je, głównie od informatyków⁷⁸.

Nie wszyscy lekarze radzili sobie z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i swobodnym obsługiwaniem informatycznego programu, dlatego prowadzili dokumentację papierową. Wymagali wsparcia ze strony innego personelu podmiotu leczniczego we wprowadzaniu danych do systemu.

Podłączenie do systemu P1

Wszystkie skontrolowane podmioty podłączyły się w wymaganym terminie do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (systemu P1). Zgodnie z art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji, należało tego dokonać nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

Wystawianie e-recept

W latach 2019–2020 wystawiono w kraju łącznie 471 017 tys. e-recept, w tym 59 500 tys. w 2019 r. i 411 517 tys. w 2020 r.⁷⁹

W latach 2019–2020 lekarze z 22 skontrolowanych podmiotów leczniczych, wystawili łącznie 3301 tys. e-recept, w tym 429 tys. w 2019 r. oraz 2872 tys. w 2020 r. Z tego 85% e-recept wystawiono w POZ i 15% w AOS. Najwięcej e-recept, spośród skontrolowanych podmiotów, wystawiono w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu (505 tys.), najmniej w Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach (46 tys.)⁸⁰.

W 2020 r. (I półrocze) średnio na lekarza (w przeliczeniu na jedną osobę udzielającą świadczeń) przypadło od 743 do 4757 e-recept. Najwięcej w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rymanowie, średnio 38 dziennie, zaś najmniej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie, średnio sześć dziennie.

⁷⁸ Osoby te wymagały wsparcia w obsłudze systemu informatycznego w następujących sytuacjach: wypełniania formularzy, wdrażania nowego oprogramowania lub funkcjonalności, zmian w systemie, zawieszania systemu, błędów technicznych, problemów z działaniem internetu, problemów z logowaniem, przekazywania danych do NFZ.

⁷⁹ Dane Centrum e-Zdrowia, uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁸⁰ Ibidem.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2020 r. (do 30 września) papierowe recepty wystawione w 13 podmiotach⁸¹ stanowiły od 0,6% do 20% ogólnej liczby wystawionych recept. Jak wyjaśniono, wystawiano papierowe recepty, ponieważ nie było możliwości wygenerowania recepty elektronicznej z przyczyn niezależnych od użytkownika systemu, np. podczas wizyt domowych, z powodu awarii platformy P1 lub chwilowego braku prądu czy też internetu. W jednym podmiocie⁸² powodem były trudności w korzystaniu z narzędzi informatycznych.

W latach 2019–2020 w Systemie Informacji Medycznej (dalej SIM) wystawiono łącznie 4917 tys. e-skierowań, z tego 18 tys. w 2019 r. i 4899 tys. w 2020 r.

Wystawianie
e-skierowań

W tym okresie na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 51 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wyłączając porady specjalistycznej z logopedii, wystawiono 4112 tys. e-skierowań, czyli 84% ogólnej liczby skierowań wystawionych w tym systemie. Na leczenie szpitalne wystawiono 358 tys. e-skierowań, tj. 7% wszystkich skierowań. Pozostałych 447 tys. (9%) e-skierowań nie można było przyporządkować do rodzaju świadczeń, których dotyczyły.

Wszystkie skontrolowane podmioty do końca 2020 r. wdrożyły e-skierowanie. W czterech jednostkach wdrażano je w trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych. W latach 2019–2020 w skontrolowanych podmiotach wystawiono łącznie 38,6 tys. e-skierowań, w tym 0,2 tys. w 2019 r. i 38,4 tys. w 2020 r.⁸³

Najwięcej e-skierowań, spośród skontrolowanych podmiotów, wystawiono w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie (7089 e-skierowań), zaś najmniej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy (72 e-skierowania).

W latach 2019–2020 wystawiono – z użyciem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez ZUS – 51 493 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (e-ZLA)⁸⁴, z tego 25 670 tys. w 2019 r. oraz 25 823 tys. w 2020 r. (wzrost o 1%).

Wystawianie
e-zwolnień

Asystenci medyczni wystawili łącznie 728 tys. (1%). Z tego 172 tys. e-ZLA w 2019 r. wystawiło 2748 asystentów medycznych⁸⁵, a w 2020 r. 557 tys. e-ZLA wystawiło 2688 asystentów.

⁸¹ W pozostałych podmiotach występowały pojedyncze przypadki wystawiania recept w postaci papierowej i nie było możliwości ustalenia ich liczby.

⁸² W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach.

⁸³ Dane Centrum e-Zdrowia..., op. cit.

⁸⁴ Liczba zawiera również e-ZLA anulowane po ich wystawieniu.

⁸⁵ Możliwość identyfikacji e-ZLA wystawionych przez asystentów medycznych i ich raportowanie dostępne jest od 5 października 2019 r. Wcześniejsze e-ZLA wystawione przez asystentów medycznych były przypisane do lekarzy, którzy zlecieli wystawienie danego e-ZLA.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Średnia liczba wystawionych e-ZLA na lekarza wyniosła 261 w 2019 r. i 248 w 2020 r., zaś średnia liczba wystawionych e-ZLA na asystenta medycznego wyniosła 62 w 2019 r. i 207 w 2020 r.⁸⁶

W latach 2019–2020 w skontrolowanych podmiotach wystawiono łącznie 283,5 tys. e-ZLA, w tym 140,2 tys. w 2019 r. oraz 143,3 tys. w 2020 r. W porównaniu do 2019 r. było to o 2% więcej⁸⁷.

Najwięcej e-ZLA, spośród skontrolowanych podmiotów, wystawiono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy (29,4 tys. e-ZLA), zaś najmniej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminnym Ośrodku Zdrowia w Poraju (3,4 tys. e-ZLA).

Największy wzrost wystawionych e-ZLA w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. wystąpił w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rymanowie i wynosił 35%, zaś największy spadek – o 7% – wystąpił w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu.

W 2019 r. w skontrolowanych podmiotach średnio na lekarza (w przeliczeniu na jedną osobę udzielającą świadczeń) przypadło od 61 wystawionych e-ZLA (w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie) do 532 (w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rymanowie). Natomiast w 2020 r. (I półrocze) było to od 34 e-ZLA (w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Dęblinie) do 409 (w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rymanowie).

Asystenci medyczni wystawiali e-ZLA tylko w dwóch skontrolowanych podmiotach (9%), w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy oraz Przychodni Rejonowej w Jaworze. Udział e-ZLA wystawionych w 2020 r. przez asystentów medycznych stanowił odpowiednio: 49% i 10%.

Nadawanie uprawnień
tzw. asystentom
medycznym

W 19 skontrolowanych podmiotach (86%) nie wykorzystano możliwości odciążenia pracy lekarzy od biurokratycznych czynności poprzez nadanie uprawnień tzw. asystentom medycznym. Żaden z lekarzy udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w tych podmiotach nie upoważnił osób wykonujących zawód medyczny lub innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień, e-recept oraz e-skierowań⁸⁸, pomimo istnienia takiej możliwości wskazanej w art. 41a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 54a ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego.

W okresie objętym kontrolą tylko w trzech skontrolowanych jednostkach (14%) 20 lekarzy nadało uprawnienia asystenta medycznego 31 osobom, z okresem obowiązywania do roku (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, Samodzielny Zespół Publicz-

⁸⁶ Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁸⁷ Ibidem. Liczba zawiera również e-ZLA anulowane po ich wystawieniu.

⁸⁸ Jeżeli zostały wdrożone.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

nych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy oraz Przychodnia Rejonowa w Jaworze). Uprawnienia do wystawiania e-zwolnień, e-recept i e-skierowań lub e-recept i e-skierowań, lub samych e-zwolnień nadawane były osobom wykonującym zawód medyczny (16 pielęgniarkom i jednej położnej) oraz osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń (13 rejestratorkom medycznym i jednej asystentce stomatologicznej).

Łącznie w latach 2019–2020 do wystawiania e-zwolnień, e-recept, e-skierowań upoważniono 4658 asystentów medycznych. Liczba osób upoważnionych do wystawiania e-zwolnień, e-skierowań i e-recept⁸⁹ odpowiednio wynosiła: 4259, 1710 i 1615 osób⁹⁰.

Szczegółowe dane dotyczące osób upoważnionych do wystawiania e-dokumentów, z podziałem na rodzaje upoważnień oraz ze wskazaniem liczby osób wykonujących zawód medyczny, oraz innych osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń⁹¹, zostały przedstawione w poniższych zestawieniach.

Zestawienie nr 1

Liczba wystawionych upoważnień dla asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy e-zwolnień⁹²

Upoważnienia dla asystentów do wystawiania e-zwolnień

Liczba wystawionych w 2019 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-zwolnienia, w tym:	3684
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2019 r.	607 upoważnień, dla których początek i koniec okresu obowiązywania przypadł w 2019 r.: • 165 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza; • 29 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 413 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	3077 upoważnień, dla których początek okresu obowiązywania przypadł w 2019 r., a koniec w 2020 r.: • cztery osoby miały kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego; • 1211 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza; • 192 osoby miały kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 1670 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Liczba wystawionych w 2020 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-zwolnienia, w tym:	3431

⁸⁹ Jedna osoba może mieć upoważnienie zarówno do wystawiania e-zwolnień, e-skierowań i e-recept, dlatego nie należy sumować wskazanych wartości.

⁹⁰ Dane Centrum e-Zdrowia..., op. cit.

⁹¹ Jeden asystent mógł otrzymać kilka upoważnień, dane w zakresie liczby upoważnionych osób w danym roku mogą zawierać zduplikowane rekordy.

⁹² Dane Centrum e-Zdrowia..., op. cit.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	693 upoważnień, dla których początek i koniec obowiązywania przypadł w 2020 r.: • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego; • 208 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • 32 osoby miały kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 452 osoby wykonywały czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypada w 2021 r.	2738 upoważnień, dla których początek okresu obowiązywania przypadał w 2020 r., a koniec w 2021 r.: • sześć osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego; • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza; • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty; • 1055 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • 166 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 1509 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń

Upoważnienia dla asystentów do wystawiania e-recept

Zestawienie nr 2

Liczba wystawionych upoważnień dla asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy e-recept

Liczba wystawionych w 2019 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-recepty, w tym:	724
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2019 r.	7 upoważnień, dla których początek i koniec obowiązywania przypadł w 2019 r.: • pięć osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • dwie osoby wykonywały czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	717 upoważnień, dla których początek obowiązywania przypadał w 2019 r., a koniec w 2020 r.: • 379 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • 59 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 279 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Liczba wystawionych w 2020 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-recepty, w tym:	1334
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	247 upoważnień, dla których początek i koniec obowiązywania przypadł w 2020 r.: • 110 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • 14 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 123 osoby wykonywały czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypada w 2021 r.	1087 upoważnień, dla których początek okresu obowiązywania przypadał w 2020 r., a koniec w 2021 r.: • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza; • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty; • 554 osoby miały kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara; • 71 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 460 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zestawienie nr 3

Liczba wystawionych upoważnień dla asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy e-skierowań

Upoważnienia dla asystentów do wystawiania e-skierowań

Liczba wystawionych w 2019 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-skierowania	539
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	539 upoważnień, dla których początek obowiązywania przypadał w 2019 r., a koniec w 2020 r.: • 276 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza; • 40 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 223 osoby wykonywały czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Liczba wystawionych w 2020 r. upoważnień dla asystentów do wystawiania e-skierowania, w tym:	1512
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypadł w 2020 r.	248 upoważnień, dla których początek i koniec obowiązywania przypadał w 2020 r.: • 101 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza; • 10 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 137 osób wykonywało czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń
Koniec okresu obowiązywania upoważnień przypada w 2021 r.	1264 upoważnień, dla których początek obowiązywania przypadał w 2020 r., a koniec w 2021 r.: • dwie osoby miały kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego; • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza; • jedna osoba miała kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentystry; • 597 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza; • 61 osób miało kwalifikacje do wykonywania zawodu położnej/położnika; • 602 osoby wykonywały czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń

Źródło: dane Centrum e-Zdrowia, uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Analiza czasu wypełnienia 13 najczęściej wypisywanych formularzy w postaci elektronicznej⁹³ przez lekarzy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wykazała, że mediana czasu ich wypełnienia wyniosła 2 min. Najkrótszy czas odnotowano przy wystawieniu skierowań na badania diagnostyczne obrazowe, a najdłuższy przy wystawieniu skierowania do sanatorium⁹⁴. Analizie poddano 1226 wypełnionych

Czas wypełnienia przez lekarzy recept, skierowań, zleceń, zaświadczeń i innych formularzy w postaci elektronicznej

⁹³ Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne (e-zlecenie), recepta (e-recepty) – powtórzenie leku, recepta (e-recepty) – wypisanie nowego leku, karta DiLO, zwolnienie lekarskie (e-ZLA), skierowanie do poradni specjalistycznej, skierowanie na badania laboratoryjne, skierowanie na badania diagnostyczne obrazowe, skierowanie do sanatorium, zaświadczenie lekarskie, skierowanie do szpitala, informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego i zlecenie na transport sanitarny.

⁹⁴ W toku kontroli przeprowadzone zostały badania w trybie oględzin (ogłędziny przebiegu określonych czynności – art. 39 ust. 1 ustawy o NIK, tj. badanie czasu wypełnienia formularzy przez lekarza przy pomocy stopera), w celu określenia, ile czasu poświęca lekarz na wypełnienie dokumentacji medycznej, recept, zleceń, skierowań oraz zaświadczeń w postaci elektronicznej, korzystając z programów systemu informatycznego lub w postaci papierowej. Oględziny zostały przeprowadzone z udziałem lekarzy POZ i AOS (ze specjalizacją w różnych dziedzinach medycyny) wyznaczonych przez kierowników jednostek kontrolowanych. Z przeprowadzonych czynności sporządzone zostały protokoły oględzin.

Kierownictwo pięciu (23%) skontrolowanych podmiotów (Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, Obwód

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

formularzy w 17 skontrolowanych podmiotach. W każdym przypadku jako miarę czasochłonności zastosowano medianę z wielu pomiarów.

Czas wypełnienia formularzy przez lekarzy wynosił:

- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – mediana 1 min. i 1 sek. (61 sek.), przedział od 8 sek. do 7 min. i 50 sek.;
- skierowania na badania laboratoryjne – mediana 1 min. i 2 sek. (62 sek.), przedział od 8 sek. do 10 min. i 46 sek.;
- recepty (e-recepty) obejmującej powtórzenie leku – mediana 1 min. i 4 sek. (64 sek.), przedział od 5 sek. do 10 min. i 46 sek.;
- skierowania do poradni specjalistycznej – mediana 1 min. i 18 sek. (78 sek.), przedział od 10 sek. do 17 min. i 50 sek.;
- recepty (e-recepty) obejmującej wypisanie nowego leku – mediana 1 min. i 30 sek. (90 sek.), przedział od 5 sek. do 23 min. i 17 sek.;
- informacje dla lekarza POZ/lekarza kierującego – mediana 1 min. i 56 sek. (116 sek.), przedział od 10 sek. do 17 min. i 50 sek.;
- zwolnienia lekarskie (zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, e-ZLA) – mediana 2 min. (120 sek.), przedział od 15 sek. do 25 min.;
- zaświadczenia lekarskie (różnego rodzaju) – mediana 2 min. (120 sek.), przedział od 17 sek. do 40 min.;
- skierowania do szpitala – mediana 2 min. (120 sek.), przedział od 16 sek. do 22 min. i 50 sek.;
- zlecenia na transport sanitarny – mediana 2 min. i 7 sek. (127 sek.), przedział od 25 sek. do 10 min. i 3 sek.;
- zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (e-zlecenie) – mediana 3 min. (180 sek.), przedział od 15 sek. do 16 min. i 20 sek.;
- karty DiLO – mediana 5 min. i 29 sek. (329 sek.), przedział od 1 min. i 36 sek. do 40 min.; przyczyną długiego czasu wypełniania karty DiLO, w jednym ze skontrolowanych podmiotów⁹⁵, w czasie do 40 min., było zawieszanie się systemu udostępnianego przez NFZ;
- skierowania do sanatorium – mediana 6 min. i 24 sek. (384 sek.), przedział od 1 min. i 40 sek. do 20 min.

Czas wypełnienia przez lekarzy papierowych skierowań, zleceń, zaświadczeń i innych formularzy

W 14 skontrolowanych podmiotach (64%) niektórzy lekarze wypełniali wybrane formularze w postaci papierowej, nie wykorzystując możliwości użytkowanego systemu informatycznego. Analizie poddano 191 formularzy wypełnionych w formie papierowej⁹⁶. Czas ich wypełnienia wynosił:

Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach, Gminny Ośrodek Zdrowia w Poraju oraz Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie) odmówiło podjęcia działań w celu zaangażowania lekarzy do wykonania czynności będących przedmiotem zaplanowanych oględzin procesu wypełnienia formularzy. Przyczyną, jak wyjaśniono, były liczne absencje chorobowe i obciążenie pracą pozostałego personelu w tej grupie zawodowej oraz potencjalne zagrożenie epidemiczne.

⁹⁵ W Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jasienicy.

⁹⁶ Skierowanie do poradni specjalistycznej, skierowanie na badania laboratoryjne, skierowanie

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- skierowania na badania diagnostyczne obrazowe – mediana 1 min. i 21 sek. (81 sek.), dłużej o 20 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. prawie o 33%; przedział od 33 sek. do 3 min. i 15 sek.;
- skierowania na badania laboratoryjne – mediana 1 min. i 18 sek. (78 sek.), dłużej o 16 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. prawie o 26%; przedział od 27 sek. do 10 min.;
- skierowania do poradni specjalistycznej – mediana 2 min. i 12 sek. (132 sek.), dłużej o 54 sek. od mediany czasu wypełnienia w elektronicznej formie, tj. o ponad 69%; przedział od 43 sek. do 12 min. i 25 sek.;
- informacje dla lekarza POZ/lekarza kierującego – mediana 2 min. i 13 sek. (133 sek.), dłużej o 17 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. prawie o 15%; przedział od 1 min. do 15 min.;
- zaświadczenia lekarskie (różnego rodzaju) – mediana 1 min. i 50 sek. (110 sek.), krócej o 10 sek. od mediany czasu wypełnienia w elektronicznej formie, tj. o ponad 8%; przedział od 30 sek. do 6 min. i 49 sek.;
- skierowania do szpitala – mediana 2 min. i 49 sek. (169 sek.), dłużej o 49 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. prawie o 41%; przedział od 30 sek. do 15 min.;
- zlecenia na transport sanitarny – mediana 2 min. i 5 sek. (125 sek.), krócej o 2 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. prawie o 2%; przedział od 29 sek. do 10 min.;
- zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne – mediana 2 min. i 13 sek. (133 sek.), krócej o 47 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. o ok. 26%; przedział od 1 min. i 22 sek. do 4 min.;
- skierowania do sanatorium – mediana 10 min. (600 sek.), dłużej o 216 sek. od mediany czasu wypełnienia w formie elektronicznej, tj. o ponad 56%; przedział od 2 min. do 25 min.

Przykład

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulejówku** nie wykorzystywano wszystkich funkcjonalności użytkowanego systemu informatycznego. System nie został zaktualizowany w zakresie wystawiania skierowania na badania laboratoryjne w formie elektronicznej oraz komunikacji z systemami zewnętrznymi udostępnionymi przez ZUS i NFZ. W okresie od uruchomienia systemu informatycznego do czasu rozpoczęcia kontroli NIK, lekarze wystawiali skierowania na badania laboratoryjne jedynie w formie papierowej, a wystawianie druków e-ZLA i DiLO wymagało logowania na zewnętrznych stronach internetowych udostępnionych przez ZUS i NFZ, co znacznie wydłużało czas wystawienia tych dokumentów. Wiązało się to również z czynnością przepisywania przez lekarzy danych pacjenta z systemu informatycznego, co powodowało wydłużenie czasu wykonywania czynności administracyjnych.

na badania diagnostyczne obrazowe, skierowanie do sanatorium, zaświadczenie lekarskie, skierowanie do szpitala, informacja dla lekarza POZ/lekarza kierującego, zlecenie na transport sanitarny, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy organizacja pracy personelu medycznego, zakres realizowanych zadań administracyjnych oraz podział kompetencji tworzył odpowiednie warunki dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na pytania definiujące cele szczegółowe kontroli: <ol style="list-style-type: none">1) Czy podział zadań pomiędzy personel medyczny i niemedyczny zapewnił optymalne wykorzystanie czasu na leczenie pacjentów?2) Czy stosowane narzędzia informatyczne wspierały personel medyczny w wykonywaniu obowiązków administracyjnych?
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w 22 podmiotach leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej spzoz), których podmiotami tworzącymi były jednostki samorządu terytorialnego. Kontrola prowadzona była na terenie województw: dolnośląskiego, lubelskiego, mazowieckiego, podkarpackiego oraz śląskiego.
Kryteria kontroli	Kontrole w podmiotach leczniczych przeprowadzone zostały na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2019–2020 do dnia zakończenia czynności kontrolnych w poszczególnych jednostkach z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem. Czynności kontrolne przeprowadzane były w okresie od 16 września do 31 grudnia 2020 r. Kontrola została zakończona w dniu 22 stycznia 2021 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach przygotowania przedkontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano informacje od Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, związane z obciążeniem czynnościami administracyjnymi i biurokratycznymi lekarzy, pielęgniarek i położnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. W ramach postępowania kontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięgnięto informacji od: <ol style="list-style-type: none">1) Ministra Zdrowia, w sprawie poprawy jakości korzystania z wdrażanych i oferowanych w ramach systemu ochrony zdrowia e-usług, w realizacji świadczeń POZ i AOS, prac Zespołu ds. zniesienia obciążeń biurokratycznych w systemie ochrony zdrowia oraz wprowadzenia regulacji w zakresie odciążania personelu medycznego od wykonywania czynności biurokratyczno-administracyjnych;2) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w następujących sprawach dotyczących lat 2019–2020:<ul style="list-style-type: none">– skarg i wniosków w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,– kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ogółem oraz kosztów świadczeń POZ i AOS,

- zawartych umów w rodzaju POZ i AOS oraz wykonania przez wybranych świadczeniodawców,
 - średniej liczby pacjentów zadeklarowanych do lekarza, pielęgniarki i położnej POZ,
 - liczby lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w POZ i AOS oraz ich struktury wiekowej,
 - liczby udzielonych porad w realizacji świadczeń POZ i AOS w okresie objętym kontrolą, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych oraz systemów łączności (w formie teleporady),
 - liczby udzielonych samodzielnych porad przez pielęgniarki i położne w AOS (w zakresie: chirurgii, diabetologii, kardiologii, położnictwa i ginekologii), jako kontynuacji leczenia pacjenta w 2020 r.,
 - liczby pielęgniarek i położnych, które mają nadane przez OW NFZ uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty oraz liczby zrealizowanych recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne (w tym, w ramach samodzielnej ordynacji i w ramach realizacji zleceń lekarskich),
 - liczby wystawionych kart DILO i zleceń na wyroby medyczne w skontrolowanych podmiotach;
- 3) Dyrektora Centrum e-Zdrowia, w sprawie wyników ankiety dotyczącej prędkości oraz jakości łączy internetowych w podmiotach realizujących świadczenia POZ i AOS, oraz badania stopnia informatyzacji podmiotów leczniczych, liczby osób upoważnionych przez lekarzy do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień, e-recept i e-skierowań ujętych w rejestrze asystentów medycznych oraz wystawionych w postaci elektronicznej recept, oraz skierowań w Systemie Informacji Medycznej;
- 4) Rzecznika Praw Pacjenta, w sprawie skarg pacjentów i prowadzonych postępowań wyjaśniających, dotyczących ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w szczególności związanych z udzielaniem świadczeń w POZ i AOS;
- 5) Rzecznika Praw Obywatelskich, w sprawie skarg i zawiadomień dotyczących organizacji pracy i kompetencji personelu udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w szczególności w ramach realizacji świadczeń w POZ i AOS, oraz podejmowanych działań (w tym podejmowanie spraw z urzędu) i kierowanych wystąpień do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdzone zostało naruszenie wolności i praw człowieka i obywatela;
- 6) Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w sprawie liczby wystawionych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (e-zwolnień lekarskich) w latach 2019–2020;
- 7) konsultantów krajowych i wojewódzkich⁹⁷ w dziedzinie medycyny rodzinnej i dziedzinie pielęgniarstwa oraz pielęgniarstwa rodzinnego, dotyczące obciążeń w związku z wykonywaniem czynności biurowych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym.

⁹⁷ Poszczególnych województw, na obszarze których prowadzone były czynności kontrolne.

Udział specjalisty w oględzinach systemów informatycznych

W trakcie kontroli powoływany był specjalista, na podstawie art. 49 ust. 4 ustawy o NIK, do udziału w oględzinach systemów informatycznych.

Oględziny dotyczyły:

- spełniania wymagań w zakresie bezpieczeństwa informacji oraz rozwiązań technologicznych do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej;
- zapewnienia interoperacyjności z systemami wdrażanymi w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (tzw. Systemu P1);
- optymalizacji pracy personelu medycznego w procesie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i ujęta w planie pracy na 2020 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego przeprowadzono analizę: wyników wcześniejszych kontroli NIK, skarg i wniosków kierowanych do NIK od stycznia 2017 r., doniesień medialnych, informacji prasowych, interpelacji kierowanych do Ministra Zdrowia, a także stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) oraz cztery Delegatury NIK: w Katowicach, Lublinie, Rzeszowie i we Wrocławiu. Departament Zdrowia przeprowadził pięć kontroli, trzy Delegatury NIK przeprowadziły łącznie 15 kontroli jednostkowych (po pięć każda z nich) oraz Delegatura NIK w Lublinie przeprowadziła dwie kontrole.

W ramach przygotowania do kontroli planowej koordynowanej Departament Zdrowia w 2020 r. przeprowadził dwie kontrole rozpoznawcze dotyczące organizacji pracy i zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej⁹⁸. Kontrole przeprowadzone zostały w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz oraz w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga-Północ. Czynności kontrolne w jednostkach skontrolowanych rozpoczęły się 15 czerwca 2020 r. i zakończyły 11 września 2020 r.

W wyniku kontroli stwierdzono, że organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych, oraz podział kompetencji zapewniły realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Personel niemedyczny wspierał pracę personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wykonując zadania administracyjne.

Na badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta lekarze przeznaczali średnio od 57 do 60% czasu trwania porady, a od 40% do 43% na wypełnienie dokumentacji medycznej i inne czynności administracyjne, nie korzystając z możliwości upoważnienia tzw. asystentów medycznych do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień i e-recept.

Skontrolowane jednostki zostały wyposażone w niezbędne narzędzia informatyczne wspomagające pracę personelu zarówno przy sporzą-

⁹⁸ Kontrola nr R/20/001 *Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.*

ZAŁĄCZNIKI

dzaniu sprawozdawczości, jak i udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Wykorzystywany system informatyczny pozwalał zarządzać pracą podmiotu leczniczego.

W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz wykonywane przez pracowników czynności odpowiadały zakresom obowiązków. Dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, z wykorzystaniem do jej tworzenia systemu informatycznego. Prowadzona analiza ryzyka dotycząca warunków organizacyjno-technicznych do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej, do dnia zakończenia czynności kontrolnych, nie została zakończona.

W Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ pielęgniarki i położne, w wybranych zakresach świadczeń, wykonywały dodatkowe czynności administracyjne, które nie należały do zakresu ich obowiązków. Dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, pomimo iż system informatyczny spełniał wymagania techniczne do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Jednak nie wszyscy lekarze radzili sobie z jego pełną obsługą, pomimo prowadzonych szkoleń. W Regulaminie organizacyjnym nie określono zasad organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, tj. w formie teleporady.

Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych. W 20 wystąpieniach sformułowano ogółem 52 wnioski pokontrolne.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Pod adresem kierowników podmiotów leczniczych skierowano wnioski dotyczące:

- określenia w regulaminie organizacyjnym przebiegu procesu udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności oraz miejsca przebywania osób udzielających świadczeń w takiej formie;
- uaktualnienia danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą celem odzwierciedlenia faktycznego stanu organizacyjnego Przychodni;
- zaktualizowania wdrożonego dokumentu „Polityka Bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych”, w związku z nową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad;
- przeprowadzania okresowej analizy ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji i podejmowania działań minimalizujących stwierdzone ryzyko;
- zapewnienia, by osoby udzielające świadczeń miały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych;
- prowadzenia ewidencji czasu pracy pracowników w sposób umożliwiający weryfikację przepracowanego czasu;
- opracowania zasad umożliwiających bieżącą weryfikację rozliczenia czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umowy cywilnoprawnej;

ZAŁĄCZNIKI

- wyegzekwowania od lekarzy obowiązków ewidencjonowania zrealizowanych punktów/przepracowanego czasu i przekazywania zestawień w tym zakresie według ustalonego wzoru;
- zapewnienia harmonogramu pracy osobie udzielającej świadczeń na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- zapewnienia zgodności harmonogramów pracy lekarzy ze stanem faktycznym udzielanych świadczeń;
- zapewnienia inwentaryzacji zasobów informatycznych, która zawierałaby pełne i aktualne informacje dotyczące wykorzystywanego sprzętu informatycznego i oprogramowania oraz jego konfiguracji;
- określenia rodzajów zaświadczeń lekarskich w cenniku dla świadczeniobiorców, wystawianych odpłatnie;
- zapewnienia spełnienia niezbędnych wymagań w zakresie kwalifikacji lub stażu przez osobę zatrudnioną na stanowisku pielęgniarki POZ lub pielęgniarki/położnej koordynującej;
- zapewnienia osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych pomoc techniczną w zakresie usprawnienia codziennej pracy przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu informatycznego;
- przeszkolenia personelu medycznego (lekarzy) mających trudności w obsłudze narzędzi informatycznych w zakresie wystawiania recept w postaci elektronicznej w systemie e-recepta i zobowiązania do wystawiania ich w takiej formie;
- podjęcia działań w celu przeszkolenia personelu medycznego w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów;
- podjęcia działań w celu skorygowania błędnych kodów procedur w dokumentacji medycznej pacjentów;
- udostępnienia dla pacjentów informacji wskazującej komórkę organizacyjną lub wyznaczonych pracowników przyjmujących oraz rozpatrujących skargi i wnioski;
- utworzenia Biuletynu Informacji Publicznej i publikowanie w nim wszystkich wymaganych informacji;
- zapewnienia zawierania i realizacji umów o zamówienia publiczne w trybie wymaganym ustawą Pzp oraz uregulowaniami wewnętrznymi;
- uzupełnienia na wydrukach dokumentacji medycznej dokonywanych z systemu informatycznego cechy informacyjne osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w zakresie tytułu zawodowego;
- podjęcia działań w celu zabezpieczenia interesów podmiotu leczniczego w umowie dotyczącej obsługi informatycznej i sprawowania rzetelnego nadzoru nad jej realizacją;
- wyegzekwowania od dostawcy systemu informatycznego uprawnień administratora do eksploataowania własnego systemu informatycznego;
- podjęcia działań w celu zapewnienia w systemie informatycznym adresów e-mail pacjentów oraz stworzenia warunków do uruchomienia powiadomień sms;
- zapewnienia wymaganej elektronicznej formy informacji medycznej przeznaczonej dla lekarza POZ/lekarza kierującego;
- podjęcia działań w celu zapewnienia wykorzystywania zakupionych modułów;

ZAŁĄCZNIKI

- zapewnienia zgodności pisemnego zakresu obowiązków z faktycznie powierzonymi obowiązkami;
- uzupełnienia dokumentacji pracowniczej o wymagane zakresy obowiązków;
- zgłoszenie do OW NFZ osób faktycznie udzielających świadczeń zdrowotnych w Przychodni.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków wynika, że według stanu na dzień 7 czerwca 2021 r. z 52 wszystkich sformułowanych wniosków pokontrolnych 25 zostało zrealizowanych, a 27 było w trakcie realizacji.

Do jednego wystąpienia pokontrolnego, skierowanego do Dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, wpłynęło jedno zastrzeżenie, które zostało oddalone przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w NIK.

Finansowe skutki nieprawidłowości wyniosły łącznie 204 115,37 zł, w tym:

Finansowe rezultaty kontroli

- 1) 149 240,00 zł – kwota wydatkowana z naruszeniem art. 7 ust. 3 oraz 142 ust. 1 ustawy Pzp z tytułu niezastosowania przewidzianego trybu udzielenia zamówienia, pomimo że łączna wartość wypłaconego wynagrodzenia w związku z realizacją umowy przekroczyła kwotę 30,0 tys. euro (zawarcie na czas nieokreślony umowy zlecenia na zapewnienie asysty technicznej i wsparcia informatycznego, a także zwiększenie wynagrodzenia wykonawcy);
- 2) 28 630,00 zł – kwota wydatkowana z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, z tytułu bezzasadnego dokonania zwiększenia wynagrodzenia zleceniobiorcy za czynności, które miały być wykonywane w ramach pierwotnej umowy na wykonywanie czynności związanych ze sprawowaniem nadzoru i administrowaniem siecią informatyczną;
- 3) 15 800,00 zł – kwota wydatkowana z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, z tytułu zawartych sześciu umów zlecenia na skompletowanie i złożenie 10 jednostek komputerowych (zestawów), co stanowiło 2,9% kosztów związanych z zakupem sprzętu komputerowego oraz eksploatacją i rozbudową systemów informatycznych.
- 4) 6546,67 zł – potencjalne finansowe skutki nieprawidłowości, z tytułu zakupu przez SPZOZ w 2015 r. programu do prowadzenia ewidencji środków trwałych *System Środki Trwałe FIN-ST*, który nie był wykorzystywany do czasu kontroli NIK (tj. do 12 października 2020 r.). System ten został uruchomiony produkcyjnie dopiero w wyniku kontroli, w dniu 3 grudnia 2020 r.
- 5) 3898,70 zł – kwota wydatkowana z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, z tytułu zakupu przez SPZOZ modułów systemu informatycznego (*Księgowość, e-Rejestracja, e-Wyniki Lab*), które nie były wykorzystywane do dnia zakończenia kontroli NIK.

W dniu 29 kwietnia 2021 r. Delegatura NIK we Wrocławiu skierowała zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia czynów stanowiących naruszenie dyscypliny finansów publicznych (związanych z nieprawidłowo-

ZAŁĄCZNIKI

wym udzieleniem zamówienia publicznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie).

Wybór jednostek do kontroli wynikał z realizacji zadań dotyczących ochrony zdrowia, tj. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w trybie ambulatoryjnym, w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie	Maria Kurcz Dyrektor	Departament Zdrowia
2.	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie	Adam Chustecki Dyrektor	
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulejówku	Mariola Pożarska-Majewska Dyrektor	
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Miejska Przychodnia Zdrowia w Żąbkach	Przemysław Budny Dyrektor	
5.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie	Marta Dorociak-Burza Dyrektor	
6.	Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu	Małgorzata Macek Dyrektor Naczelny	Delegatura w Katowicach
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie	Aleksandra Mura Dyrektor	
8.	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach – SPZOZ	Ryszard Bosowski Dyrektor	
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Poraju	Agnieszka Wójcik Kierownik	
10.	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy	Jan Matuszek Kierownik	
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dęblinie	Urszula Pielacka-Chodoła Dyrektor	Delegatura w Lublinie
12.	Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmie	Mariusz Żabiński Dyrektor	
13.	Podkarpackie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rzeszowie	Krzysztof Bałata p.o. Dyrektora	Delegatura w Rzeszowie
14.	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jedliczu	Artur Stachowicz z-ca dyrektora ds. opieki zdrowotnej	

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
15.	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rymanowie	Anna Kwiatkowska Dyrektor	Delegatura w Rzeszowie
16.	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym	Małgorzata Szelińska Dyrektor	
17.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli	Wojciech Korkowski Dyrektor	
18.	Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie	Norbert Raba Dyrektor	Delegatura we Wrocławiu
19.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy	Stanisław Ptak Dyrektor	
20.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie	Andrzej Martynow Dyrektor	
21.	Przychodnia Rejonowa w Jaworze	Joanna Strączek Kierownik	
22.	Przychodnia Rejonowa w Chojnowie	Bolesław Jakubiak Kierownik	

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Obowiązki państwa w zakresie ochrony zdrowia

Stosownie do art. 68 ust. 1–2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁹⁹ każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Państwo realizuje ten obowiązek, organizując system ochrony zdrowia. „Ochrona zdrowia” jest terminem opisującym całość działań, zadań i funkcji oraz wszystkie podmioty zaangażowane w planowanie, finansowanie i realizowanie usług zdrowotnych. „Opieka zdrowotna” jest natomiast węższym określeniem, odnoszącym się do działań i podmiotów zaangażowanych w udzielanie świadczeń medycznych. Terminy te często stosowane są wymiennie. Polski system opieki zdrowotnej został oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, która określa m.in. warunki i zakres udzielania świadczeń oraz zasady i tryb ich finansowania.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z harmonogramem¹⁰⁰, stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawierającym wykaz informacji dotyczących m.in. dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy (§ 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU). Zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia

⁹⁹ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

¹⁰⁰ Definicja harmonogramu zawarta została w § 1 pkt 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia w sprawie OWU.

ZAŁĄCZNIKI

(§ 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU), nie mogą jednak naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji (§ 6 ust. 3 rozporządzenia w sprawie OWU).

Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę, która ma wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Lekarz ma również obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Wykonywanie zawodu
lekarza

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (art. 4 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Wykonywanie zawodu
pielęgniarki

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również: zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej (art. 4 ust. 2 pkt 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Zgodnie z przepisami art. 15a ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarka i położna, która ma dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna, która ma tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty;
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,
 - jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Pielęgniarki i położne z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplomem ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na pielęgniarstwie, lub położnictwie mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Szczegółowe regulacje związane z nowymi uprawnieniami zawodowymi zostały zawarte w:

- 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne¹⁰¹;
- 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept¹⁰².

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego¹⁰³ uprawniają pielęgniarki lub położne do udzielania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna ma na celu: zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia, ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką, oraz wdrażanie działań profilaktycznych, rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego, zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa, zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej (art. 3 ustawy o POZ).

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmują: świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transport sanitarny

¹⁰¹ Dz. U. poz. 299.

¹⁰² Dz. U. poz. 745, ze zm., obowiązujący do 1 stycznia 2021 r.

¹⁰³ Dz. U. poz. 497.

(§ 2 rozporządzenia w sprawie POZ). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji zostały określone w załącznikach do rozporządzenia w sprawie POZ.

Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej został określony w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰⁴.

Finansowanie świadczeń w POZ, z wyjątkiem świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, odbywa się na podstawie rocznych stawek kapitacyjnych, w oparciu o listy świadczeniobiorców (pacjentów) objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru, a w przypadku dzieci i młodzieży szkolnej, na podstawie list uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę. Dla wskazanych warunkami umowy grup pacjentów, stawka kapitacyjna korygowana jest odpowiednim współczynnikiem zwiększającym finansowanie świadczeń. Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ odbywa się na podstawie wynegocjowanego ryczałtu miesięcznego, a jego wysokość zależna jest od liczby ludności zamieszkałej na obszarze zabezpieczenia.

Z dniem 1 sierpnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie Poz. Celem regulacji było usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego przez wyodrębnienie porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej wraz z dookreśleniem warunków ich realizacji.

Podstawą realizacji świadczeń jest umowa zawarta z Funduszem. Przedmiot oraz szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zostały określone w zarządzeniu Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie świadczeń POZ, ze zm., które weszło w życie 31 grudnia 2019 r.¹⁰⁵ W okresie od 30 listopada 2018 r. do 30 grudnia 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm.

¹⁰⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 2335.

¹⁰⁵ Zarządzenie zmienione zarządzeniem Nr 131/2020 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a z kolei zarządzenie zmieniające zostało zmienione zarządzeniem Nr 132/2020 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2020 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

**Świadczenia
ambulatoryjnej opieki
zdrowotnej**

Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne, świadczenia w chemioterapii, inne świadczenia ambulatoryjne, świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, porady pielęgniarskie¹⁰⁶; porady położnej¹⁰⁷ (§ 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie AOS). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz warunki ich realizacji zostały określone w załącznikach do rozporządzenia w sprawie AOS.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie, o którym mowa, nie jest wymagane m.in. do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, w zakresie leczenia uzależnień, dla inwalidów wojennych i wojskowych, do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży (art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania (art. 60 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W innych przypadkach świadczenia w AOS bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a, 57 ust. 2 i art. 60 (art. 61 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Z dniem 17 października 2019 r. weszło w życie rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie AOS, które wprowadziło wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych przez pielęgniarki i położne z wyodrębnieniem szczegółowych warunków ich realizacji (porada pielęgniarska: chirurgia ogólna, diabetologia, kardiologia oraz porada położnej: położnictwo i ginekologia). Celem regulacji było usankcjonowanie szczegółowych warunków realizacji świadczeń pielęgniarskich i świadczeń położnej, w tym zakresu czynności i organizacji porad pielęgniarskich i położnych, które nie były wyodrębnione w wykazie świadczeń gwarantowanych mimo ich realizacji. Celem dookreślenia zakresu czynności zawodowych pielęgniarek i położnych było przede wszystkim usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie pacjentom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych, które wymagają bezpośredniej i pilnej interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego. Zakres czynności udzielanych w ramach porady pielęgniarskiej i położnej wynika z ich uprawnień zawodowych.

Podstawą realizacji świadczeń jest umowa zawarta z OW NFZ. Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz

¹⁰⁶ Nowe świadczenie gwarantowane, wprowadzone rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie AOS, które weszło w życie z dniem 17 października 2019 r. Pierwsza porada odbywa się we współpracy z lekarzem, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.

¹⁰⁷ Ibidem.

szczegółowe warunki umów o udzielanie tych świadczeń zostały określone w zarządzeniu Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie realizacji świadczeń AOS, które weszło w życie 1 stycznia 2020 r. W okresie od 29 czerwca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.¹⁰⁸. Natomiast w okresie od 14 marca 2018 r. do 28 czerwca 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.

Szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny świadczeniodawcy, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej.

[Regulamin organizacyjny świadczeniodawcy](#)

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zwane dalej: OWU), które stanowią załącznik do tego rozporządzenia.

[Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej](#)

Zgodnie z § 3 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zawartą z Funduszem zgodnie z warunkami udzielania świadczeń, określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnymi warunkami umów oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 tej ustawy.

Jak stanowi § 3 ust. 2 OWU świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności. Świadczeniodawca jest także obowiązany, na podstawie § 3 ust. 4 OWU, podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń. Zgodnie z § 4 OWU, świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione, lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. Świadczeniodawca ponosi także odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjal-

¹⁰⁸ Zmienione zarządzeniami: Nr 25/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Nr 94/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz Nr 105/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

nego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej (§ 5 OWU).

Czynności administracyjne związane z realizacją zawartej z NFZ umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, które udostępnia Fundusz (§ 10 ust. 1 i 4 OWU).

Świadczeniodawca jest obowiązany do podłączenia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji, tj. Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (§ 10a ust. 1 OWU).

Prawo pacjenta do zaświadczenia lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie w zależności od przeznaczenia może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarz specjalista. Jest ono wystawiane każdorazowo na prośbę pacjenta. Pacjentowi przysługuje prawo do zaświadczenia lekarskiego, wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestniczeniem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku. Zaświadczenia wydawane są także do celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie. Pacjentowi przysługuje także prawo do zaświadczenia lekarskiego o przeciwwskazaniu do używania pasów bezpieczeństwa oraz o przeciwwskazaniu do przewożenia w foteliku bezpieczeństwa dla dziecka lub innym urządzeniu przytrzymującym dla dzieci, wynikające z przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym¹⁰⁹. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może skierować pacjenta do lekarza specjalisty. Jednak w pewnych sytuacjach zaświadczenie może wystawić wyłącznie lekarz specjalista danej dziedziny medycyny, np. lekarz ze specjalizacją w dziedzinie medycyny sportowej.

Z finansowania ze środków publicznych zostały wyłączone zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta, np.: orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych; zaświadczenia dla firm ubezpieczeniowych; zaświadczenia do urzędów pracy potwierdzające, że pacjent ze względu na stan zdrowia mógł w danym dniu stawić się w urzędzie, aby potwierdzić swoją gotowość do podjęcia pracy; zaświadczenie, że dziecko znajduje się pod stałą opieką lekarską w związku ze sprawą o ustalenie alimentów; na potrzeby orzeczeń sądowych; obdukcje w celach sądowo-lekarskich; wpisy do pracowniczej książeczki zdrowia i zaświadczenia lekarskie wykorzystywane w medycynie pracy; zaświadczenia lekarskie wydawane w celu podjęcia pracy za granicą; zaświadczenia na potrzeby sanitarno-epidemiologiczne; zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta

¹⁰⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 450, ze zm.

w innych celach poza leczniczych. Zatem podmiot, który wystawia takie zaświadczenia, może pobrać opłatę. Wysokość takiej opłaty powinna być ustalona w cenniku usług komercyjnych danej placówki.

Zaświadczenia wystawiane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej obejmują między innymi:

- 1) zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny określa art. 53 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego;
- 2) zaświadczenia o stanie zdrowia wystawiane dla celów rentowych (§ 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy¹¹⁰;
- 3) orzeczenie o stanie zdrowia umożliwiającym podjęcie nauki w szkole lub oddziale sportowym (art. 137 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe¹¹¹);
- 4) orzeczenie o bardzo dobrym stanie zdrowia wystawiane na rzecz kandydatów do liceum ogólnokształcącego prowadzonego przez Ministra Obrony Narodowej albo oddziału przygotowania wojskowego w publicznej szkole ponadpodstawowej (art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo oświatowe);
- 5) orzeczenie o bardzo dobrym stanie zdrowia dołączane do wniosku o przyjęcie do publicznego przedszkola, oddziału przedszkolnego w publicznej szkole podstawowej, publicznej innej formy wychowania przedszkolnego, publicznej szkoły, publicznej placówki, na zajęcia w publicznej placówce oświatowo-wychowawczej, na kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych lub kwalifikacyjny kurs zawodowy (art. 150 ust. 2 pkt 4 lit. h ustawy Prawo oświatowe);
- 6) zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w publicznej szkole lub placówce artystycznej (art. 142 ust. 2 ustawy Prawo oświatowe);
- 7) zaświadczenia o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń na tych zajęciach, lub realizacji zajęć informatyki (§ 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych¹¹²);
- 8) orzeczenie wystawiane po badaniach sanitarno-epidemiologicznych uczniów, studentów i doktorantów kształcących się do wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby oraz osób podejmujących, lub wykonujących takie prace (art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹¹³);
- 9) zaświadczenie o stanie zdrowia dokumentujące zdolność do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, wystawiane na rzecz osób, które chcą pełnić funkcję rodziny zastępczej, prowadzić rodzinny dom dziecka oraz

Obowiązek wystawiania
zaświadczeń /orzeczeń
przez lekarzy POZ

¹¹⁰ Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

¹¹¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1082, ze zm., zwana dalej ustawą Prawo oświatowe.

¹¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 373.

¹¹³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, ze zm.

osób starających się o adopcję dziecka (art. 42 ust. 1 pkt 5 lit. a, art. 46 ust. 3 i art. 161 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej¹¹⁴);

10) zaświadczenie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (art. 3 ust. 1 pkt 5 i ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie¹¹⁵).

Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna – jest to dokumentacja, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹⁶, a także rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej. Powinna być prowadzona w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej), jako podstawowa postać dokumentacji medycznej. Może być jednak prowadzona w postaci papierowej, jeżeli postać taka będzie przewidziana przepisem prawa lub w przypadku, gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej¹¹⁷ (§ 1 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Dokumentacja medyczna prowadzona w jednej z postaci, o których mowa powyżej, nie może być jednocześnie prowadzona w drugiej z nich (§ 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Podmioty, które w dniu wejścia w życie nie były gotowe na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, mogły prowadzić dokumentację zgodnie z dotychczasowymi przepisami do 31 grudnia 2020 r.

Dokumentacja zbiorcza – dotyczy ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (§ 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej), np. podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą w formie wykazu: przyjęć, pracowni diagnostycznej, zabiegów, porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (§ 36 ust. 1 pkt 3 tego rozporządzenia).

Dokumentacja indywidualna – dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. historia zdrowia i choroby, karta noworodka, karta wizyty patronażowej, karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, w odniesieniu do uczniów karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia) oraz dokumentację

¹¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 821, ze zm.

¹¹⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 218, ze zm., Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia, wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (rozporządzenie z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie; Dz. U. z 2010 r. poz. 1334, ze zm.).

¹¹⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

¹¹⁷ Przez brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć zarówno stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym jest prowadzona dokumentacja, czy sprzętu.

indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta (np. skierowanie do szpitala lub innego podmiotu udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, skierowanie do poradni specjalistycznej, karta przebiegu ciąży, książeczka zdrowia dziecka, książeczka szczepień, informacja dla lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego m.in. o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych produktach leczniczych).

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej (§ 2 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Zakres niezbędnych danych wymagających wypełnienia w indywidualnej dokumentacji medycznej został określony w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie dokumentacji medycznej jest ustawa o prawach pacjenta. Ustawa ta w art. 30 ust. 1 odwołuje się do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, określającego co stanowi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, w jaki sposób powinna być przetwarzana i udostępniana. Pojęcie elektronicznej dokumentacji medycznej wprowadza natomiast ustawa o systemie informacji.

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

Należy odróżniać dokumentację medyczną prowadzoną w postaci elektronicznej od elektronicznej dokumentacji medycznej (zwaną w skrócie EDM). Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej odnosi się wyłącznie do dokumentacji, o której mowa w przepisach ustawy o systemie informacji i rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej¹¹⁸. Zgodnie z art. 56 ust. 1 ustawy o systemie informacji dokumentacja ta mogła być, co do zasady, prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r. Natomiast recepty mogły być wystawiane do 7 stycznia 2020 r. (art. 56 ust. 2 ustawy o systemie informacji).

Wystawianie e-recept możliwe jest już od 2018 r., a wystawianie e-skierowań było realizowane w ramach pilotażu prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia¹¹⁹. Od dnia 8 stycznia 2020 r. powstał obowiązek wystawiania recept w postaci elektronicznej,

¹¹⁸ Dz. U. poz. 941, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

¹¹⁹ Z dniem 4 czerwca 2020 r. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia nadano nazwę Centrum e-Zdrowia, przy czym zaznaczono, że poprzednią nazwą można posługiwać się do 31 grudnia 2020 r. (zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2020 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia).

a od dnia 8 stycznia 2021 r. powstał obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej. Natomiast dane zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej (SIM), miały być udostępniane od dnia 8 stycznia 2021 r.

Istnieją jednak sytuacje, w których recepta może być wystawiona w postaci papierowej: recepta w ramach tzw. importu docelowego, recepta dla osób o nieustalonej tożsamości, recepta transgraniczna (do końca 2020 r.), recepty *pro auctore* i *pro familiae*¹²⁰ oraz w przypadku braku dostępu do systemu e-zdrowie, co może mieć związek z awarią systemu lub systemu gabinetowego/HIS¹²¹ czy brakiem dostępu do internetu.

Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej

Dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, tj. o której mowa w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej, prowadzoną w podmiotach leczniczych podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (§ 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej). Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego (§ 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Elektroniczna dokumentacja medyczna

Elektroniczna dokumentacja medyczna – zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji, to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w tym:

- a) recepty;
- b) dokumentacja medyczna określona w rozporządzeniu w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (w tym, 1) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem; 2) opis innych badań diagnostycznych, np. diagnostyki obrazowej, 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego, 4) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontro-

¹²⁰ Recepta „pro auctore” to recepta dla osoby wystawiającej, natomiast recepta „pro familiae” z kolei może być wystawiona jedynie dla osób najbliższych, tj. dla małżonka/i, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej; źródło: <https://www.farmacjapraktyczna.pl/2020/07/recepty-pro-auctore-i-pro-familiae/>, dostęp 20.04.2021 r.

¹²¹ Szpitalny System Informatyczny (ang. *Hospital Information System*) – jest wszechstronnym, zintegrowanym systemem informatycznym zaprojektowanym do zarządzania wszystkimi aspektami funkcjonowania szpitala, takimi jak kwestie medyczne, administracyjne, finansowe i prawne oraz odpowiadające im przetwarzanie usług. Zapewnia poprawę jakości opieki nad pacjentem dzięki automatyzacji funkcji klinicznych, przesyłania elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta (EMR) oraz administracyjnych i inwentaryzacyjnych; źródło: <https://digitalguardian.com/blog/what-health-information-system>, dostęp 03.08.2020 r.

- nych, oraz 5) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala);
- c) skierowania wystawiane na świadczenia opieki zdrowotnej, których wykaz określony został w rozporządzeniu w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (w tym, skierowania na leczenie w szpitalu i skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, skierowania na badania finansowane ze środków publicznych: echokardiograficzne płodu, endoskopowe przewodu pokarmowego, rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej i medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych, oraz ze środków innych niż środki publiczne.

Elektroniczna dokumentacja medyczna musi być tworzona i udostępniana z wykorzystaniem Platformy P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych).

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Platforma P1) – jest elektroniczną platformą usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, mającą na celu wsparcie istotnych procesów polskiego systemu ochrony zdrowia przez umożliwienie organom publicznym, w tym administracji państwowej i samorządowej, przedsiębiorstwom, obywatelom gromadzenie, analizę, i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych.

Platforma P1

Podmioty lecznicze, aby móc w pełni realizować swoje zadania związane z udzielaniem i dokumentowaniem świadczeń zdrowotnych (np. wystawiać recepty czy skierowania na wybrane świadczenia), muszą uzyskać podłączenie do Platformy P1. Z poziomu pacjenta dane zapisane i przetwarzane na Platformie P1 są dostępne przez Internetowe Konto Pacjenta, czyli specjalny moduł Systemu Informacji Medycznej (dalej *SIM*)¹²², w którym są przetwarzane dane dotyczące usługobiorcy zawarte w *SIM* oraz Systemie Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z § 1 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej system teleinformatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej, powinien zapewniać:

- 1) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur;
- 2) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 3) identyfikację osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji i metadanych;
- 4) informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany;

Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

¹²² *SIM* jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców (art. 10 ust. 1 ustawy o systemie informacji).

- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 pkt 3 tego rozporządzenia;
- 6) możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach wydanych na podstawie art. 11 ust. 1a i 1b ustawy o systemie informacji, a w przypadku ich braku, możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 oraz DICOM lub innych standardach i formatach;
- 7) możliwość wydruku dokumentacji;
- 8) możliwość eksportu całości danych w standardach i formatach, o których mowa w pkt 6, w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.

Odciążenie personelu medycznego od czynności biurowatycznych

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego z dnia 23 października 2018 r. umożliwiła upoważnienie osoby wykonującej zawód medyczny lub innej osoby wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do podpisywania w imieniu lekarzy zwolnień lekarskich (tj. zaświadczeń dotyczących orzeczonej czasowo niezdolności do pracy) wystawianych od 1 grudnia 2018 r. wyłącznie w postaci elektronicznej, tworząc jednocześnie Rejestr Asystentów Medycznych¹²³. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielać kolejnych upoważnień na okresy nie dłuższe niż 12 miesięcy. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być w każdym czasie cofnięte przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

Lekarz do wystawiania recept lub skierowań w postaci elektronicznej w jego imieniu może również udzielić upoważnienia osobie wykonującej zawód medyczny, lub innej osobie wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 41a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty)¹²⁴. Upoważnienie takie może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielić kolejnych upoważnień. Upoważnienie to może być w każdym czasie cofnięte przez lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą. Udzielanie upoważnień do wystawiania recept i skierowań następuje za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 1 ustawy o systemie informacji, na zasadach określonych w tej ustawie.

Rozszerzenie uprawnień o możliwość upoważniania asystentów medycznych również do wystawiania w imieniu lekarzy recept i skierowań w postaci elektronicznej w znaczący sposób (podobnie jak w przypadku zwolnień lekarskich w postaci elektronicznej) może przyczynić się do usprawnienia pracy lekarzy.

¹²³ Zmiana wprowadzona na podstawie ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925).

¹²⁴ Art. 41a dodany do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty przez ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590, ze zm.), wszedł w życie z dniem 7 września 2019 r.

W postulat odbiurokratyzowania, usprawnienia systemu opieki zdrowotnej i przywrócenia pierwotnych zadań zawodom medycznym, wpisuje się nowa postać/nowy zawód w obsłudze medycznej, tzw. koordynator administracyjny pacjenta, wprowadzony przepisami ustawy o Poz. Zgodnie z przepisami tej ustawy, w ramach koordynacji opieki nad pacjentem, świadczeniodawca został zobowiązany do wyznaczenia „koordynatora administracyjnego”, do którego zadań należeć będzie organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, także udzielanie pacjentowi informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Decyzja o tym, kto będzie odpowiadał za administracyjną koordynację procesu leczenia, należy wyłącznie do świadczeniodawcy (art. 14 ust. 2 ustawy o POZ). Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarski lub inny wykwalifikowany personel medyczny, lub niemedyyczny. Nowy model podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniający opiekę koordynowaną nad pacjentem, będzie obowiązywał od 1 października 2021 r.¹²⁵ Zmiana organizacji pracy w podstawowej opiece zdrowotnej jest uzasadniona, biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przypadającą na jednego lekarza w niektórych regionach kraju.

Zdalna opieka medyczna, czyli udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych jest formą konsultacji, która funkcjonuje w systemie ochrony zdrowia. Podstawą udzielania przedmiotowych świadczeń jest przede wszystkim:

- 1) art. 3 ust. 1–2 i ust. 2a ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Działalność lecznicza może również polegać na promocii zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, które mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Przepis ten obowiązuje od 12 grudnia 2015 r.;
- 2) art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby. Lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej (art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 42 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry);
- 3) art. 15b ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którym pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta lub badaniu za pośrednictwem

¹²⁵ Vide: art. 38 pkt 3 ustawy o POZ, w brzmieniu obowiązującym od 1 września 2020 r.

systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta. Pielęgniarka i położna mogą, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej (art. 15b ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta, a informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji (art. 15b ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Możliwość udzielania świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę lub położną na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych, lub systemów łączności, w ramach świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadziło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹²⁶, które weszło w życie 5 listopada 2019 r. Jednak ostateczną decyzję czy konieczna będzie wizyta w gabinecie, czy wystarczy konsultacja telefoniczna, podejmuje lekarz po rozmowie z pacjentem. Regulacja precyzowała również kwestię udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wskazując, że możliwa jest pomoc na odległość za pomocą systemów teleinformatycznych lub łączności.

Standardy organizacyjne teleporady

W dniu 29 sierpnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej. Wprowadzenie standardu teleporady dla podmiotów leczniczych realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej ma służyć zapewnieniu odpowiednich warunków jej realizacji, gwarantując ten sam standard realizacji świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, przy zachowaniu bezpieczeństwa informacji medycznych przekazywanych drogą elektroniczną. Świadczeniodawcy POZ mieli obowiązek dostosować swoją działalność do przepisów rozporządzenia w terminie 60 dni od dnia jego wejścia w życie.

Sprawozdawczość NFZ

Zakres niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Funduszowi, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹²⁷, a poprzednio rozporządzenie Ministra

¹²⁶ Dz. U. poz. 2120.

¹²⁷ Dz. U. poz. 1207, ze zm.

Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹²⁸.

Sprawozdawczość przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z realizacją umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, wynikała z zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2018 r. Nr 120/2018/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm.¹²⁹ oraz zarządzenia z dnia 30 grudnia 2019 r. Nr 177/2019/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm. W ramach realizacji umowy POZ świadczeniodawcy zobowiązani są do przekazywania:

- 1) w zakresach świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, odpowiednio do przedmiotu umowy:
 - a) informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy,
 - c) informacji o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ,
 - d) informacji o badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez położne POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, a także o edukacyjnych wizytach laktacyjnych udzielonych w trakcie wizyt patronażowych w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, zgodnie z okodowaniem według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9;
- 2) w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej:
 - a) informacji o uczniach objętych opieką pielęgniarki szkolnej w szkołach, z którymi nawiązał współpracę, w formie list uczniów,
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy;
- 3) w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w POZ – informacji o zrealizowanych przewozach.

Sprawozdawczość przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z realizacją umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w okresie objętym kontrolą wynikała z zarządzenia Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specja-

¹²⁸ Dz. U. 2016 r. poz. 192, ze zm., uchylone z dniem 1 lipca 2019 r.

¹²⁹ Zarządzenie uchylone z dniem 30 grudnia 2019 r.

listyczna, ze zm.¹³⁰, zarządzenia Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.¹³¹ oraz zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.¹³².

W ramach realizacji umowy AOS świadczeniodawcy zobowiązani są do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9;
- 3) ¹³³ dotyczących skierowania do poradni specjalistycznej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na badania w ramach zakresu ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne lub do szpitala w ramach leczenia szpitalnego będącego podstawą wpisania na listę oczekujących, lub do harmonogramu przyjęć, wystawionego w postaci:
 - a) elektronicznej, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej,
 - b) papierowej – wydanie skierowania/skierowań papierowych podczas porady.

¹³⁰ Zarządzenie uchylone z dniem 29 czerwca 2019 r.

¹³¹ Zarządzenie uchylone z dniem 1 stycznia 2020 r.

¹³² Zarządzenie obowiązuje od 1 stycznia 2020 r.

¹³³ § 11 ust. 1 pkt 3 dodany przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 94/2020/DSOZ z dnia 1 lipca 2020 r. (NFZ.2020.94) zmieniającego niniejsze zarządzenie z dniem 1 lipca 2020 r.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.).
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790).
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479).
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).
9. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1129).
12. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 955).
13. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 1133).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567), uchylone z dniem 2 grudnia 2019 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2335).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 192, ze zm.), uchylone z dniem 1 lipca 2019 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. poz. 941, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (Dz. U. poz. 711, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 1395, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. poz. 299).

ZAŁĄCZNIKI

26. Rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2247).
27. Zarządzenie Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm., weszło w życie 31 grudnia 2019 r. W okresie od 30 listopada 2018 r. do 30 grudnia 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm.
28. Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm., weszło w życie 1 stycznia 2020 r. W okresie od 29 czerwca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm. Natomiast w okresie od 14 marca 2018 r. do 28 czerwca 2019 r. obowiązywało zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm.

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
9. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Rzecznik Praw Pacjenta

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 16 lipca 2021

NKM.07.10.2021.5.KCZ

Pan
Tadeusz Dziuba
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/20/054 *Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*, która została przekazana przy piśmie z dnia 29 czerwca 2021 r. o znaku: KZD.430.001.2021, uprzejmie przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

Synteza, Obciążenie personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi, str. 11.

W odniesieniu do problematyki obciążenia personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi, niezbędnym jest wskazanie, że kwestie związane z organizacją pracy w danym podmiocie leczniczym, w tym ustalanie zakresu obowiązków zgodnych z kwalifikacjami i uprawnieniami dla poszczególnych pracowników, należą do kompetencji kierownika tego podmiotu, który jest odpowiedzialny za zarządzanie tym podmiotem.

Wnioski, str. 14.

W odniesieniu do wniosków NIK sformułowanych do Ministra Zdrowia, które dotyczą:

- 1) *przeanalizowania zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego i ograniczenie ich do niezbędnego minimum;*
- 2) *przyspieszenia procesu informatyzacji oraz automatyzacji obiegu informacji w systemie ochrony zdrowia.*”

uprzejmie informuję, co następuje.

Ad 1.

Przedmiotowy wniosek oceniam jako nieczytelny i nieuzasadniony, co wynika z braku wskazania w Informacji NIK konkretnych danych dotyczących zaniechania czynności po stronie Ministra Zdrowia będących przedmiotem kontroli (patrz: cel główny, cele szczegółowe, zakres i okres objęty kontrolą).

Jak zostało wskazane na str. 45 Informacji NIK: „(...) W wyniku kontroli stwierdzono, że organizacja pracy personelu medycznego, z uwzględnieniem zadań administracyjnych, oraz podział kompetencji zapewniły realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Personel niemedyczny wspierał pracę personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wykonując zadania administracyjne. (...) Skontrolowane jednostki zostały wyposażone w niezbędne narzędzia informatyczne wspomagające pracę personelu zarówno przy sporządzaniu sprawozdawczości, jak i udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Wykorzystywany system informatyczny pozwalał zarządzać pracą podmiotu leczniczego (...)”. Jak słusznie podkreślono w Informacji NIK świadczenia zdrowotne są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, że ze strony Ministra Zdrowia do sprawnej realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym zarządzania e-dokumentacją medyczną przygotowane zostały zarówno narzędzia informatyczne, jak i przepisy prawne umożliwiające odciążenie pracy administracyjnej lekarzy m.in. poprzez delegowanie uprawnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich, skierowań i recept. Przepisy te wydają się jednocześnie nie naruszać jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, co było intencją ich wprowadzania. Dbłość o jakość realizowania świadczeń zdrowotnych na najwyższym możliwym poziomie jest także czynnikiem ograniczającym możliwości nieustannego centralnego ingerowania Ministra Zdrowia we wdrażanie nowych rozwiązań, z uwagi na różną organizację pracy podmiotów leczniczych i ich możliwości adaptacyjne do tychże nowych rozwiązań (najlepszym przykładem jest wielokrotne przesuwanie terminu obowiązywania określonych warunków organizacyjnych, jakie muszą spełnić podmioty lecznicze).

Zatem zadania usprawniające prace powinny być również, w zależności od potrzeb, podejmowane indywidualnie przez kierowników podmiotów leczniczych. Ponadto, należy podkreślić, że przepisy umożliwiające delegowanie przez lekarzy uprawnień na inne osoby wskazują wyłącznie na taką „możliwość”, co oznacza, że decyzja w tym zakresie należy wyłącznie do lekarza. Trzeba pamiętać, że każdy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹). Powyższe powoduje, że na lekarzu spoczywa osobista odpowiedzialność za wydawane orzeczenia, a także prowadzenie dokumentacji medycznej (art. 41 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – *Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta*). Zatem ani wskazania Informacji NIK ani działania Ministra Zdrowia, czy też kierownika podmiotu leczniczego nie mogą wymusić na lekarzu delegowania uprawnień wynikających z przepisów prawnych, jeżeli nie ma on zaufania w tym zakresie do osób mogących przejąć na siebie takie uprawnienia lub gdy uważa, że wykona to zadanie lepiej. Czynności zachęcające lekarzy do korzystania z pomocy osób uprawnionych może podejmować natomiast przełożony lub kierownik podmiotu leczniczego, indywidualnie w odniesieniu do każdego lekarza, analizując jednocześnie bariery uniemożliwiające lekarzowi przekazanie uprawnień lub korzystania z poszczególnych modułów informatycznych i innych usprawnień możliwych do wykorzystania w podmiocie leczniczym.

Ponadto pragnę podkreślić, iż w kwestiach dotyczących podjęcia działań (we współpracy z organizacjami reprezentującymi środowisko medyczne), w zakresie przeanalizowania zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego i ograniczenia ich do niezbędnego minimum, proces diagnozowania i leczenia pacjenta we wszystkich częściach systemu ochrony zdrowia wiąże się z koniecznością zaangażowania personelu medycznego w prowadzenie dokumentacji medycznej. Część czynności administracyjnych wykonywanych przez personel medyczny, w tym pielęgniarki lub położne, może być delegowana do wykonania przez inny personel zatrudniany w podmiotach leczniczych, niemniej kwestia organizacji udzielania świadczeń należy do kompetencji kierownika podmiotu.

¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 790.

Reasumując, należy wskazać, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi jego kierownik i to on podejmuje decyzje w sprawach kadrowych i odpowiada za zatrudnianie na poszczególnych stanowiskach pracy osób z wymaganymi kwalifikacjami, jak też decyduje o wprowadzaniu nowych rozwiązań usprawniających pracę personelu medycznego, mając na uwadze obowiązujące przepisy prawne w tym zakresie.

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany dalej „NFZ”), jako instytucja rozliczająca udzielanie świadczeń zdrowotnych, pozostają bez wpływu na organizację wewnętrznych struktur organizacyjnych świadczeniodawcy oraz sposobu ich zarządzania. Ingerencja w zadanie informatyzacji świadczeniodawców oraz strukturę zatrudnienia (poza personelem bezpośrednio udzielającym, w ramach zawartych umów, świadczeń zgodnie z wymaganymi regulacjami), znajdują się poza kompetencjami Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Do wyłącznych obowiązków i zadań kierownictwa podmiotu leczniczego należy w szczególności zatrudnianie personelu pomocniczego i administracyjnego wspierającego pracowników medycznych.

Ad 2.

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest od kilku lat jednym z priorytetowych działań prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia. Wraz z wprowadzeniem w styczniu 2020 r. e-recepty rozpoczął się w Polsce proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej (zwanej dalej także „EDM”). Wdrożenie e-recepty trwało w Polsce niewiele ponad rok, co jest ewenementem w porównaniu do innych krajów. Przykładowo, w USA proces ten trwał 8 lat, a w Hiszpanii 13 lat². Daje to podstawę do optymistycznych założeń co do tempa uruchamiania kolejnych etapów EDM. Wdrożono e-skierowanie (obowiązkowe od stycznia 2021 r. dla określonego katalogu świadczeń), udostępniono dwa ważne narzędzia – dedykowaną kadrze medycznej aplikację gabinet.gov.pl oraz dedykowane pacjentom Internetowe Konto Pacjenta (zwane dalej „IKP”). Aplikacja gabinet.gov.pl umożliwia m.in. wystawianie e-recept i e-skierowań. IKP, dostępne pod adresem pacjent.gov.pl, to z kolei rozwiązanie, dzięki któremu pacjent ma elektroniczny dostęp do swojej historii leczenia i EDM, może upoważnić do tego dostępu również inne osoby, w tym kadrę medyczną, może też np. złożyć deklarację wyboru POZ czy wniosek o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. IKP będzie stopniowo rozbudowywane o kolejne e-usługi dla pacjentów, dzięki czemu docelowo stanie się centralnym punktem styku pacjenta z systemem zdrowia. W maju 2021 r. uruchomiono aplikację mobilną

² Opracowanie własne Centrum e-Zdrowia.

„mojeIKP”. W 2020 r. resort zdrowia podjął decyzję o rozszerzeniu zakresu funkcjonalnego Projektu e-Zdrowie (P1) o usługi pozwalające na załatwienie kluczowych dla pacjenta spraw on-line, bez konieczności kontaktu osobistego z personelem administracyjnym i medycznym, co jest szczególnie istotne w stanach zagrożenia epidemicznego. Rozszerzenie Projektu e-Zdrowie zakłada m.in. jego rozbudowę o centralną elektroniczną rejestrację na wybrane świadczenia zdrowotne, usługę e-wizyty z pracownikiem medycznym oraz zamówienie e-recepty. Wdrożenie tych usług jest przewidziane do końca 2021 r. Rozwiązania te przyczynią się do bardziej efektywnego udzielania świadczeń zdrowotnych, poprawy ich jakości, zadowolenia pacjentów oraz skrócenia kolejek do uzyskania świadczenia zdrowotnego.

W rezultacie, system e-zdrowia (P1) w ciągu 1-2 lat ma udostępniać wiele kluczowych e-usług w systemie zdrowia oraz ma stanowić największą bazę danych w Polsce o procesach zachodzących w tym systemie, przyczyniając się tym samym do automatyzacji obiegu informacji zdrowotnej. Wdrażanie kolejnych e-usług w ochronie zdrowia przebiega zgodnie z przyjętą roadmapą. Doświadczenia z I fazy projektu P1 pokazują, że wdrażanie rozwiązań musi podlegać pewnemu fazowaniu, według ustalonych priorytetów.

Należy jednak zauważyć, że istotnym warunkiem dalszego rozwoju e-usług w obszarze zdrowia jest dojrzałość cyfrowa placówek medycznych. Przedmiotowy aspekt dotyczy zarówno kwestii gotowości podmiotów leczniczych do współdziałania w ramach elektronicznych usług publicznych, ale również cyfrowych kompetencji pacjentów. Analizując wyniki badań ankietowych nt. stopnia informatyzowania podmiotów, prowadzonych corocznie przez Centrum e-Zdrowia, można wywnioskować, że następuje wzrost dojrzałości cyfrowej podmiotów – szpitali, świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, zakładów opieki długoterminowej, aczkolwiek dynamika tych zmian nie jest wysoka. Katalizatorem intensyfikacji działań podmiotów w zakresie dalszej informatyzacji może być obowiązek wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej oraz raportowania o zdarzeniach medycznych (od 1 lipca 2021 r.). Dużą szansą na realizację inwestycji IT w obszarze ochrony zdrowia będzie nowa perspektywa finansowa na lata 2021-2027, w której w obszarze zdrowia jako kluczowe działania wskazuje się: zwiększenie dostępności do świadczeń, wsparcie infrastrukturalne, dalszą informatyzację systemu ochrony zdrowia. Wzrost dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych nastąpi również w związku z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia

projektem pn. „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia” (projekt e-usługi), który jest realizowany w wybranych podmiotach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (52 podmioty). W ramach projektu zostaną wdrożone kluczowe e-usługi (wymiana EDM, e-rejestracja, e-zlecenie, e-analazy), jak również podmioty zostaną wyposażone w nowoczesną infrastrukturę IT.

Działania i inicjatywy podejmowane przez Ministra Zdrowia w zakresie dalszej informatyzacji ochrony zdrowia są zaplanowane i skoordynowane na wszystkich poziomach architektury e-Zdrowia.

Podsumowując, wskazania wymaga, że działania Ministra Zdrowia usprawniające pracę systemu opieki zdrowotnej były przygotowywane i – co najważniejsze wdrażane – w sposób odpowiadający na oczekiwania świadczeniodawców, a także postępującą digitalizację organizacji pracy wszystkich sektorów życia, natomiast wniosek nr 1 skierowany do Ministra Zdrowia powinien być raczej wystosowany do kierowników kontrolowanych podmiotów leczniczych.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



**PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ**

KZD.430.001.2021
P/20/054

Warszawa, 23 lipca 2021 r.

**OPINIA
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli**

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli „Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej”.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia fakt postępującej przy wsparciu Ministra Zdrowia, informatyzacji systemu ochrony zdrowia, jako narzędzia służącego m.in. automatyzacji obiegu informacji w systemie. Celowi temu powinno służyć również opracowanie i wdrożenie narzędzi informatycznych umożliwiających odciążenie pracy personelu medycznego od czynności administracyjnych i skupieniu się na leczeniu pacjentów.

Najwyższa Izba Kontroli podziela opinię Ministra Zdrowia, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym wykorzystanie narzędzi informatycznych spoczywa na kierownikach tych jednostek, co znalazło odzwierciedlenie w niniejszej informacji.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednocześnie uwagę, że personel medyczny jest obciążony wieloma czynnościami administracyjnymi polegającymi m.in. wypełnianiu druków, formularzy, sprawozdań, czy zwolnień lekarskich. Zadania takie wprowadza się często za pomocą aktów prawnych, które nie dotyczą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a regulują inne sfery funkcjonowania państwa, np. wymiar sprawiedliwości, czy system oświaty. Szczegółowy opis takich aktów prawnych zaprezentowano w treści informacji.

Wskazuje to jednoznacznie na potrzebę dokonania przez Ministra Zdrowia wraz z innymi organizacjami reprezentującymi środowisko medyczne analizy obowiązujących uregulowań prawnych pod kątem możliwości ograniczenia czasochłonności wypełnianych dokumentów, tak aby w jak największym stopniu móc skoncentrować się na najważniejszym zadaniu realizowanym przez personel medyczny, tj. leczeniu pacjentów.

Wniosek NIK stanowi zatem wsparcie działań Ministra Zdrowia i jest propozycją dokonania „przeгляdu” obowiązujących przepisów, w celu ustalenia, czy potrzeba przekazywania wszystkich dotychczasowych informacji jest rzeczywiście niezbędna do realizacji celów systemu ochrony zdrowia.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś