

UCHWAŁA NR 5572/22
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 13 LIPCA 2022 ROKU

W SPRAWIE:

Przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

NA PODSTAWIE:

§ 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j. Dz.U. 2015, poz. 1331), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwała, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się Projekt Wystąpienia Pokontrolnego dotyczący Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, sporządzony po przeprowadzeniu kontroli w zakresie:

- 1). Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021;
- 2). Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 30.09.2020 r. znak: OZ-IV.1711.7.2020.

2. Projekt Wystąpienia Pokontrolnego stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

ANDRZEJ BĘTKOWSKI
(dokument podpisano elektronicznie)

Uzasadnienie

do uchwały w sprawie przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

W dniach od 30.05.2022 r. do 10.06.2022 r. pracownicy Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, na podstawie imiennych upoważnień udzielonych przez podmiot uprawniony do kontroli, przeprowadzili kontrolę planową w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze. Kontrola obejmowała: *1). Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021. 2). Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 30.09.2020 r. znak: OZ-IV.1711.7.2020.*

Po zakończeniu czynności kontrolnych, sporządzono Projekt Wystąpienia Pokontrolnego obejmujący ustalenia dokonane w trakcie kontroli. Zgodnie z § 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, projekt wystąpienia pokontrolnego podpisuje kontrolujący i podmiot uprawniony do kontroli.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

OZ-I.1711.7.2022

PROJEKT
WYSTĄPIENIA POKONTROLNEGO

sporządzony na podstawie § 20 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.
w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIGO
ul. Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce

Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarneckiej¹ Górze Czarnecka Góra 43, 26 -220 Stąporków.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pan Mariusz Gil powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 25.09.2019 r. uchwałą nr 1104/19 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli: kontrolę przeprowadzono w dniach od 30.05.2022 r. do 10.06.2022 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021 oraz sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 30.09.2020 r. znak: OZ.IV.1711.7.2020. Szczegółowy zakres kontroli został wskazany w Programie kontroli, przyjętym Uchwałą Nr 5310/2022 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 18.05.2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1-6]

Jednostka prowadząca kontrolę:

Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego. Czynności kontrolne prowadzono w siedzibie podmiotu leczniczego – dokonano wpisu do Książki kontroli pod pozycją nr 10.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany telefonicznie w dniu 19.05.2022 r.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Jolanta Jesionowska - Główny Specjalista na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.7.2022-1 z dnia 18.05.2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5311/22 z dnia 18.05.2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

Karol Giemza – Inspektor na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.7.2022-2 z dnia 18.05.2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5311/21 z dnia 18.05.2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 7-18]

¹ Zwany również: ŚCR, Centrum, szpitalem, podmiotem leczniczym, kontrolowanym, podmiotem.

Ocena ogólna

Ocena działalności podmiotu leczniczego, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego² przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku³ (zwana dalej u.d.l.) tj. *celowości, gospodarności i rzetelności*.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen⁴, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Centrum, w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

I. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.

A. Ustalenia faktyczne:

1. Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym oraz księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego

1.1. Statut – informacje ogólne:

Podmiot leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/543/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r.⁵

Zgodnie z § 4 ust. 1 dokumentu podstawowym celem podmiotu jest *udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych oraz świadczeń ambulatoryjnych oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów.*

ŚCR wykonuje działalność leczniczą za pomocą: zakładu leczniczego Szpitalnego i zakładu leczniczego Ambulatoryjnego. Udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: a) leczenia szpitalnego; b) świadczeń ambulatoryjnych; c) specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych, d) badań diagnostycznych, e) usług rehabilitacyjnych; f) rozwijania działalności rehabilitacyjnej wśród dzieci, młodzieży, dorosłych i osób

² W oparciu o dokumenty poddane kontroli, w odniesieniu do przyjętej próby kontrolnej

³ Dz.U.2022 poz. 633 z późn. zm.

⁴ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości, negatywna

⁵ Dz.U.2017 poz. 3540.

niepełnosprawnych poprzez zajęcia rekreacyjno – ruchowe (organizacja zawodów sportowych, gry i zabawy sportowe, nauka pływania, itp.). Dodatkowo, może prowadzić działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz innych szkoleń zgodnych ze specyfiką jednostki.

Ustalono, iż w latach 2020- 2021 nie dokonywano zmian w treści Statutu.

[Dowód: akta kontroli str. 19-33]

1.2. Regulamin Organizacyjny (zwany dalej Regulaminem)

Według informacji przedstawionych w tezach do kontroli w zestawieniu z okazanymi dokumentami źródłowymi⁶ ustalono, że w okresie kontrolowanym obowiązywało pięć tekstów jednolitych Regulaminu Szpitala, tj.: z grudnia 2019 r., lutego 2020 r., maja 2021 r., września 2021 r. grudnia 2021 r., wprowadzone Zarządzeniami Dyrektora ŚCR w Czarnieckiej Górze, po uprzednim zaopiniowaniu przez Radę Społeczną. Szczegółowe zestawienie zmian wraz ze wskazaniem przedmiotowych uchwał i aktów wewnętrznych wprowadzających ww. teksty jednolite dokumentu przedstawiono w formie tabeli dołączonej do akt kontroli. Do treści Regulaminu, w latach 2020-2021, wprowadzano zmiany, z których z uwagi na przedmiot kontroli znaczące były m.in.:

- aktualizacje załącznika do Regulaminu pn. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością – Zarządzenie Dyrektora nr: 60/2020⁷ z dnia 2.11.2020 r., 4/2021⁸ z dnia 9.02.2021 r. oraz 43/2021⁹ z dnia 15.12.2021 r.
- ujednoczenie zapisów Regulaminu i księgi rejestrowej w zakresie nazw zakładów leczniczych, doprecyzowanie zapisów dotyczących odpłatności za przechowywania zwłok – Zarządzenie nr 13 z dnia 14.05.2021 r.¹⁰;
- dodanie komórki organizacyjnej pn. „Izba Przyjęć” podległej pod jednostkę – Szpital Rehabilitacyjny - Zarządzenie nr 30/2021 z dnia 16.09.2021¹¹ r.,

W powyższej kwestii Dyrektor oświadczył, że *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji od początku działalności posiadało w swojej strukturze Izbę Przyjęć, która pełni rolę rejestracji pacjentów w systemie informatycznym i kierowaniu ich do konkretnej komórki szpitala. Jednak*

⁶ Regulaminy Organizacyjne Szpitala, Opinie Rady Społecznej Szpitala, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Podmiotu Leczniczego.

⁷ Uchwała Rady Społecznej nr 9/2020 z dnia 30.10.2020 r.

⁸ Uchwała Rady Społecznej nr 6/2021 z dnia 8.02.2021 r.

⁹ Uchwała Rady Społecznej nr 16/2021 z dnia 15.12.2021 r.

¹⁰ Uchwała Rady Społecznej nr 7/2021 z dnia 14.05.2021 r.

¹¹ Uchwała Rady Społecznej nr 13/2021 z dnia 13.09.2021 r.

aby dostosować i ujednolicić nazewnictwo Księgi Rejestrowej ze schematem organizacyjnym została wpisana do tejże księgi.

Pozostałe zmiany dotyczyły m.in.: podległości komórek/pracowników administracji, zmian kolejności paragrafów/ustępów występujących w treści dokumentu, aktualizacji podstaw prawnych, itp. Dyrektor oświadczył, (...) iż w okresie objętym kontrolą zmiany wprowadzone do Regulaminu organizacyjnego nie wiązały się z zamknięciem lub rozszerzeniem działalności szpitala. Wobec powyższego zmiany te nie wymagały opinii i zgody Zarządu, o czym mowa w par. 15 ust. 3 Statutu, co potwierdza dokonana analiza dokumentów źródłowych.

[Dowód: akta kontroli str.34-117]

Czynności kontrolne, pozwoliły na ustalenie, że Regulamin organizacyjny obowiązujący w okresie objętym kontrolą, zawierał elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

1.3. Zgodność zapisów Statutu i Regulaminu Organizacyjnego z księgą rejestrową (zwaną dalej RPWDL)

W ramach oceny zgodności zapisów Statutu i Regulaminu z księgą rejestrową nr 00000014590 prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego, dokonano porównania zapisów w ww. dokumentach w zakresie: nazw zakładów leczniczych, jednostek leczniczych oraz podległości poniższych komórek organizacyjnych:

- a) Oddział Rehabilitacyjny I,
- b) Oddział Rehabilitacyjny II,
- c) Poradnia Rehabilitacyjna,
- d) Fizjoterapia Ambulatoryjna,
- e) Oddział Rehabilitacji Diennej.

Ustalono, że:

1. w Statucie, Regulaminie oraz RPWDL brzmienie nazw zakładów leczniczych Szpitala jest takie same,
2. wykaz jednostek organizacyjnych Szpitala w Regulaminie oraz RPWDL jest tożsamy,
3. komórki organizacyjne poddane kontroli: a) ujęte są w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 4 do Regulaminu oraz w RPWDL; b) w załączniku nr 1 do regulaminu przedstawiona jest podległość organizacyjna.

B. Ocena cząstkowa: pozytywna

Pozytywna ocena dotyczy: posiadania opinii Rady Społecznej dotyczących wprowadzania zmian i tekstów jednolitych Regulaminu organizacyjnego; określenia w Regulaminie organizacyjnym niezbędnych elementów przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej; zgodności faktycznej struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego na poziomie zakładów, jednostek i wybranych do kontroli komórek organizacyjnych ujętych odpowiednio: w Statucie i Regulaminie organizacyjnym z zapisami księgi rejestrowej prowadzonej dla podmiotu.

II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń

A. Ustalenia faktyczne:

2. Oznaczenie zagadnień poddanych ocenie

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości zgromadzono informacje dotyczące podmiotu leczniczego w zakresie:

- 2.1. stanu zatrudnienia w placówce w okresie objętym kontrolą,
- 2.2. liczby leczonych w placówce, w tym w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli - analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych w zakresie: stanu zatrudnienia w okresie objętym kontrolą, wskaźników dostępności, godzin pracy poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 2.3. prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego i działalności Zespołu ds. oceny przyjęć,
- 2.4. odmów przyjęć pacjentów,
- 2.5. wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej,
- 2.6. stopnia realizacji umów z NFZ w poszczególnych zakresach,
- 2.7. realizacji prawa pacjenta do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2.8. poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej.

III. Zlecenie podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

2.1. Stan zatrudnienia w Jednostce Kontrolowanej

Zgodnie z przedłożonymi kontrolującym informacjami w:

- 2020 r. stan zatrudnienia w jednostce wynosił ogółem 147 osób zatrudnionych na 143,4 etatu. W 2021 r. liczna zatrudnionych wzrosła do 152 osób (wzrost o 5), pracujących w wymiarze 148,5 etatu,

- liczba zatrudnionych pracowników pionu administracyjnego w 2020 r. wynosiła 16 osób, pracujących na 15,75 etatu. W 2021 r. liczba zatrudnionych osób nie uległa zmianie, jednakże zmniejszył się wymiar etatów do 14,87.

Zgodnie z informacją Starszego Inspektora ds. Kadr *Zwiększenie zatrudnienia wg. stanu 31.12.2020 r., a 31.12.2021 r. spowodowane jest: a) zatrudnieniem 3 fizjoterapeutów na czas długotrwałej usprawiedliwionej nieobecności pracowników/wymogi NFZ/, b) zatrudnieniem salowej/zobowiązanie z PUP po odbytym stażu/, c) zatrudnieniem psychologa/ wymóg NFZ w oddziałach po Covid-19/.*

Kontrolujący w oparciu o przedłożone zestawienia ustalili liczbę zatrudnionych w okresie objętym kontrolą, w trzech najliczniejszych grupach pracowników medycznych. Dane w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

2020 r.	Podstawa zatrudnienia	Liczba zatrudnionych/liczba etatów	2021 r.	Podstawa zatrudnienia	Liczba zatrudnionych/liczba etatów
lekarze	umowa o pracę	7/5,4	lekarze	umowa o pracę	7/5,4
	umowa cywilnoprawna	0		umowa cywilnoprawna	0
	kontrakt medyczny	8/3,2		kontrakt medyczny	7/3,4
pielęgniarki	umowa o pracę	34/34	pielęgniarki	umowa o pracę	32/32
	umowa cywilnoprawna	0		umowa cywilnoprawna	0
	kontrakt medyczny	0		kontrakt medyczny	0
fizjoterapeuci	umowa o pracę	35/35	fizjoterapeuci	umowa o pracę	38/38
	umowa cywilnoprawna	0		umowa cywilnoprawna	0
	kontrakt medyczny	0		kontrakt medyczny	0

[Dowód: akta kontroli str.118]

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż:

- wśród trzech najliczniejszych grup zawodowych dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę
- wśród ogółu zatrudnionych w Szpitalu:
 - lekarze stanowili w 2020 r. ok. 10% ogółu zatrudnionych, a w 2021 r. – ok. 9%,
 - pielęgniarki/pielęgniarze stanowili w 2020 r. ok. 23% ogółu zatrudnionych, a w 2021 r. – ok. 21%,
 - fizjoterapeuci stanowili w 2020 r. ok. 23% ogółu zatrudnionych, a w 2021 r. – 25%,
 - pracownicy pionu administracyjnego stanowili w okresie objętym kontrolą ok. 10% ogółu zatrudnionych.

Lekarze realizujący świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów ŚCR w Czarnieckiej Górze w okresie objętym kontrolą posiadali następujące specjalizacje:

- ✓ 7 - specjalizację z zakresu rehabilitacji medycznej (w tym 1 – dodatkowo I stopień specjalizacji z pediatrii oraz 1 – specjalista chorób wewnętrznych),
- ✓ 1- specjalizację z zakresu chirurgii dziecięcej,
- ✓ 3 -specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych (w tym 2- pierwszego stopnia),
- ✓ 4-specjalizację w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w tym 2 w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej).

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono kwalifikacje losowo wybranych osób mianowicie: starszego asystenta - lekarza i pielęgniarki koordynującej w Oddziale Rehabilitacji I, starszego asystenta fizjoterapii (Kierownik Działu Rehabilitacji), pod kątem wymagań szczegółowo określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz aktualność szkoleń p.poż, bhp, dopuszczenia do stanowiska pracy (badania okresowe)¹².

Według załącznika do ww. rozporządzenia: 1) starszy asystent lekarz lub lekarz dentysta (...) powinien posiadać m.in. tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty oraz tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia oraz 7 lat pracy w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty¹³; 2) pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek - wymagany jest m.in. tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo (...) i 1 rok pracy w szpitalu;¹⁴ 3) starszy asystent fizjoterapii¹⁵ – wymagane jest m.in.: (...) rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej (...) oraz 7 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty.

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie okazanych dokumentów ustalono, że:

- 1) starszy asystent w Oddziale Rehabilitacji I - spełnia wymagania określone ww. rozporządzeniem, tj. posiada m.in: prawo wykonywania zawodu nr 2777854 z dnia 27.09.2001 r.; dyplom ukończenia: a) Akademii Medycznej w Lublinie w dniu 21.06.1995 r., b) specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej z dnia 10.04.2006 r. wydany

¹²Rozporządzenie MZ z dn. 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami(Dz. U.2011. Nr 151 poz. 896 z późn. zm.)

¹³ Pkt 13 Załącznika do rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

¹⁴ Pkt 26 Załącznika do rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

¹⁵ Pkt 46 Załącznika do rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, c) uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie rehabilitacja medyczna wydany w dniu 27.04.2022 r. przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, d) doktora nauk medycznych w zakresie chirurgii dziecięcej. Zatrudniony w: a) WSSDz im Wł. Buszkowskiego od 1995 r. do 2019 r.¹⁶; b) od 1.08.2019 r. do nadal w kontrolowanej placówce.

Ostatnie szkolenie: a) p.poż. i bhp – 1.08.2019 r.; b) orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 93/2021 z dnia 23.07.2021 r.,

- 2) pielęgniarka koordynująca Oddziału Rehabilitacji I - spełnia wymagania określone ww. rozporządzeniem, tj. posiada m.in: a) dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo i tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa uzyskany w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, zatrudniona w ww. Szpitalu od 9.02.1996 r.¹⁷ do nadal. Ostatnie szkolenie: a) p.poż. – 12.02.1996 r.; b) bhp - 1-2.06.2017 r.; c) orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 64/2021 z dnia 20.05.2021 r. (ważne do 21.05.2023 r.),
- 3) starszy asystent fizjoterapii (od dnia 10.09.2020 r. powołany na stanowisko kierownika Działu Rehabilitacji) - spełnia wymagania określone ww. rozporządzeniem, tj. posiada m.in. dyplom ukończenia: a) Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie na Wydziale Wychowania Fizycznego na kierunku rehabilitacja z dnia 30.06.1994 r. (tytuł magistra rehabilitacji ruchowej), b) specjalisty II stopnia w zakresie rehabilitacji ruchowej uzyskany w dniu 16.04.2002 r.¹⁸ W placówkach ochrony zdrowia zatrudniony od 1986 r.¹⁹ Ostatnie szkolenie: a) p.poż. – 1.06.2020 r.; b) bhp – 1-5.06.2020 r. ; c) orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 62/2020 z dnia 11.05.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 119]

2.2 Liczba leczonych w placówce, w tym w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli - analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych w zakresie: stanu zatrudnienia w okresie objętym kontrolą, wskaźników dostępności, godzin pracy poszczególnych komórek organizacyjnych

¹⁶ W 2015 r. przeniesiony do WSZ – połączenie placówek.

¹⁷ Pierwsza umowa o pracę – Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach od 4.08.1986 r. do 31.12. 1990 r.

¹⁸ Pierwszy stopień specjalizacji w zakresie rehabilitacji ruchowej – 24.11.1997 r.

¹⁹ Lata 1986-1988 – WSS dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawicy; 1986-1989 – Powiatowe Centrum Usług Medycznych, 1988-1991 – Wojewódzki specjalistyczny Zespół Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach, 1991-2005 – Dzienny Ośrodek Opiekuńczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci w Kielcach; 1991-2016- WSSD im. Wł. Buszkowskiego, 1.11.2016 r. do nadal – WSZ w Kielcach; 1.01.2017 r. do nadal – NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Euro – Med w Kielcach.

Według zestawienia sporządzonego przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa, w okresie objętym kontrolą liczba łóżek w szpitalu, wynosiła 138. W jednostce zarejestrowanych było również 120 miejsc na Oddziale dziennym. Zgodnie z informacją Kierownik ds. Pielęgniarstwa (...) *W Oddziale Rehabilitacji Diennej w lutym 2020 roku została zwiększona ilość miejsc dziennych ze 100 do 120. Zwiększenie miejsc o 20 pozwoliło na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w tym oddziale oraz pozwoliło na poprawę poziomu wykonania kontraktu z NFZ.*

W toku kontroli ustalono, że w poddanych kontroli komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia:

- w ramach leczenia szpitalnego leczono: w 2020 r. - 1 102 pacjentów, a w 2021 r. - 1 838 pacjentów (łącznie 2 940 pacjentów),
- w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - Oddziały Rehabilitacji dziennej: w 2020 r. - leczono 924 pacjentów, a w 2021 r. - 1 288 pacjentów (2 212 pacjentów),
 - poradnia rehabilitacyjna: w 2020 r. - leczono 1 764 pacjentów, a w 2021 r. - 2 271 pacjentów (4 035 pacjentów),
 - fizjoterapia ambulatoryjna: w 2020 r. - leczono 479 pacjentów, a w 2021 r. - 545 (łącznie 1 024).

[Dowód: akta kontroli str.120-124]

Oddział Rehabilitacji I

Ww. komórka organizacyjna podlegała jednostce pn. *szpital rehabilitacyjny*, w strukturze jednostki kontrolowanej działa od 1.01.1991 r. i posiada 69 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 1 z kodem 4300 nadanym zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. *w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania*²⁰; miejsce udzielania świadczeń – Czarniecka Góra 43. Zatrudnia lekarzy łącznie na 3,9 etatu²¹, 15 pielęgniarek w wymiarze 15 etatów oraz 7 fizjoterapeutów (7 etatów).

W 2020 r. w oddziale leczonych było 557 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 253, stabilnych - 304.

Średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 21 dni, procentowe wykorzystanie łóżek - 53,84%.

²⁰Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r.(Dz.U. 2019 poz. 173).

²¹Grupa zawodowa lekarzy wykazana jest w etatach w oddziałach I i II z uwagi na wykonywanie przez nich pracy w różnych komórkach, tj. w oddziałach w rozbiciu na godziny.

W 2021 r. leczono 908 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 693, stabilnych - 215. Średni czas pobytu pacjenta w oddziale zwiększył się o 3 dni i wynosił 24 dni, procentowe wykorzystanie łóżek wzrosło do 84,33%.

Oddział Rehabilitacji II

Ww. komórka organizacyjna podlegała jednostce pn. *szpital rehabilitacyjny*, w strukturze jednostki kontrolowanej działa od 1.01.1991 r. i posiada 69 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 2 z kodem 4300 nadanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia; miejsce udzielania świadczeń - Czarniecka Góra 43. Zatrudnia lekarzy łącznie na 3,2 etatu²², 16 pielęgniarek w wymiarze 16 etatów oraz 7 fizjoterapeutów (7 etatów).

W 2020 r. w oddziale leczonych było 545 hospitalizowanych, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 345, stabilnych - 200.

Średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 21 dni, procentowe wykorzystanie łóżek – 47,23%.

W 2021 r. leczono 930 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych – 741, stabilnych -189. Średni czas pobytu pacjenta w oddziale zwiększył się o 3 dni i wynosił 24 dni, procentowe wykorzystanie łóżek wzrosło do 80,21%.

Zgodnie z informacją Kierownika ds. Pielęgniarstwa *Oddziały Rehabilitacyjne I i II są komórkami pobytu stacjonarnego dla dzieci i dorosłych. W obydwu oddziałach stacjonarnych jest zapewniona całodobowa opieka lekarska, pielęgniarska, zakwaterowanie i wyżywienie oraz realizuje się zlecenia lekarskie, tj. podawanie leków, wykonywanie iniekcji, inhalacji, opatrunków, EKG, itp. Każdy pobyt pacjenta w ramach rehabilitacji stacjonarnej rozpoczyna się od konsultacji lekarskiej, w czasie której ocenia się stan zdrowia, a następnie ustalany jest indywidualny program ćwiczeń i zabiegów. Pobyt pacjenta w oddziale trwa do 6 tygodni.*

ICD-10 pacjentów oczekujący na udzielenie świadczenia w ww. komórce organizacyjnej obejmowały schorzenia określone ICD-10: M47, M54, M16, M17, T92, T93, M51 oraz M41.

Oddział Rehabilitacji Diennej

Ww. komórka organizacyjna podlegała jednostce pn. *ambulatorium*, w strukturach jednostki kontrolowanej działa od 1.10.2010 r. i posiada 120 miejsc pobytu dziennego. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 13 z kodem 2300 nadanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia; miejsce udzielania świadczeń - Czarniecka Góra 43. Zatrudnia lekarzy łącznie na 1,3 etatu, 1 pielęgniarkę w wymiarze 1 etatu oraz 20 fizjoterapeutów (20 etatów). W 2020 r. w oddziale leczonych było 924 osób, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 833, stabilnych - 91.

²² Jak wyżej.

W 2021 r. leczono 1 318 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 375, stabilnych - 943. Liczba osobodni w 2020 r., wynosiła 18 767, natomiast w 2021 r. - 28 806.

Kierownik ds. Pielęgniarstwa wskazała, że *Pobyt pacjenta w ramach rehabilitacji dziennej rozpoczyna się od konsultacji lekarskiej, w czasie której ocenia się stan zdrowia, a następnie ustalany jest indywidualny program ćwiczeń i zabiegów. W oddziale tym jest zapewniona czasowa opieka lekarska i pielęgniarska, tzn. w godzinach pobytu pacjenta w oddziale, gdzie wykonywane są zlecenia lekarskie, tj. wykonywanie iniekcji domięśniowych, pomiar podstawowych parametrów życiowych, wykonywanie EKG, itp. Pobyt pacjenta w oddziale trwa od 3 do 6 tygodni. Zabiegi pacjentom z ww. oddziałów wykonywane są w dziale rehabilitacji z zakresu: fizykoterapii (światłolecznictwo, elektroterapia, ciepłolecznictwa, krioterapia) i kinezyterapii (ćw. Metodą PNF, NDT- BOBATH dla dzieci i dorosłych, Mc Kenziego, terapia manualna, korekcja skoliozy wg. Schroth, neuromobilizacja rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych, taping medyczny).*

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownik ds. Pielęgniarstwa ustalono, że ww. komórka organizacyjna w okresie objętym kontrolą czynna była pięć dni w tygodniu przez 10.35 godz. dziennie, czyli 52,15 godz. tygodniowo.

Poradnia Rehabilitacyjna

Ww. komórka organizacyjna podlega jednostce pn. *ambulatorium*, w strukturze jednostki kontrolowanej działa od 1.07.2005 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 5 z kodem 1300 nadanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia; miejsce udzielania świadczeń - Czarniecka Góra 43. Zatrudnia lekarza łącznie na 0,4 etatu. W 2020 r. w poradni leczonych było 1 814, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 50, stabilnych - 1 714. W 2021 r. leczono - 2 271 pacjentów (wzrost o 457 osób), w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 56, stabilnych - 2 215.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 78,64% wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. – 80,64% wszystkich porad.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownik ds. Pielęgniarstwa ustalono, że ww. komórka organizacyjna w okresie objętym kontrolą czynna była trzy dni w tygodniu²³, czyli 14 godz. tygodniowo.

Fizjoterapia Ambulatoryjna

²³ 7 godz. we wtorek. 4 godz. w środę i 3 godz. w czwartek, w tym raz w tygodniu w przedziale czasowym 13 - 18.

Ww. komórka organizacyjna podlegała jednostce pn. *ambulatorium*, w strukturze jednostki kontrolowanej działa od 1.01.2008 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 12 z kodem 1310 nadanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia; miejsce udzielania świadczeń - Czarniecka Góra 43. Zatrudnia 4 fizjoterapeutów - łącznie 4 etaty. W 2020 r. komórce organizacyjnej leczonych było 479 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 213, stabilnych - 266. W leczono 2021 r. - 545 pacjentów (wzrost o 66 osób), w tym: a) spoza kolejki 0, pilnych - 247, stabilnych - 298.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 21,36% wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. - 19,35%.

Kierownik ds. Pielęgniarstwa poinformowała, iż *Fizjoterapia Ambulatoryjna nie dysponuje miejscami pobytu pacjentów, a jedynie wykonuje zlecone na zewnątrz zabiegi fizyko i kinezyterapeutyczne. Ilość zleconych zabiegów równa się 10 dniom roboczym.*

W trakcie kontroli ustalono, że ww. komórka organizacyjna w okresie objętym kontrolą czynna była pięć dni w tygodniu przez 10.35 godz. dziennie, czyli 52,15 godz. tygodniowo²⁴.

W oparciu o wyjaśnienie podpisane przez Dyrektora jednostki w zestawieniu z danymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej²⁵, kontrolujący ustalili, iż wykazany potencjał ludzki, tj. liczba, wymiar etatu, kwalifikacje personelu medycznego oraz liczba dni i godzin pracy komórek świadczących usługi w ramach ambulatoryjnej opieki jest zgodna z wymogami Funduszu.

[Dowód: akta kontroli str. 125-134]

2.3. Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych i działalności

Zespołu ds. oceny przyjęć

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę zgodnie z art. 19 a ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶ (zwana dalej u.o.ś.z.), a prawo do wydania lub uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej szczegółowo określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁷, na potrzeby kontroli informatyk²⁸ opisał zasady

²⁴ WS tym dwa dni w tygodniu w przedziale czasowym 13-18.

²⁵ Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 DZ.U.2021 r. poz. 265

²⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 1285

²⁷ Art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze).

²⁸ Osoba odpowiedzialna merytorycznie.

tworzenia list oczekujących w szpitalu informując: *W Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji prowadzone są harmonogramy przyjęć dla Oddziału Dziennego, Oddziału Stacjonarnego I i II, Poradni Ambulatoryjnej oraz Działu Fizjoterapii Ambulatoryjnej. Generowanie kolejek oczekujących odbywa się w systemie AMMS na podstawie wprowadzonego harmonogramu przyjęć dla danego oddziału i raportowane do systemu SZOI. Za wprowadzanie pacjentów do harmonogramu, terminarza odpowiedzialne są rejestratorki medyczne w danym dziale oraz Izbie przyjęć. Comiesięczne kolejki wysyłane są dla Oddziału dziennego oraz Poradni Ambulatoryjnej, dla pozostałych miejsc informacja o liczbie osób oczekujących oraz terminach przyjęć przekazywana jest na bieżąco do centralnego systemu NFZ AP-KOLCE. Informacja o pierwszym wolnym terminie dla poradni oraz oddziału dziennego przekazywana jest do SZOI codziennie (od poniedziałku do piątku). Generowanie ich odbywa się ręcznie w systemie AMMS na podstawie wprowadzonego harmonogramu przyjęć. Jednocześnie dodano, iż (...) W związku z wejściem w życie 1 kwietnia 2020 r. ustawy z dnia 31.03.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19 (...) Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze zawiesiło sprawozdawanie informacji o listach oczekujących oraz pierwszym wolnym terminie od kwietnia 2020 r.; Poradni ambulatoryjnej do maja 2020, a Oddziału Dziennego do sierpnia 2020 r.*

W dniu 2.09.2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia Komunikatem dla świadczeniodawców dotyczących list oczekujących i harmonogramów przyjęć, przekazany systemem SZOI, z dniem 5.09.2020 r. przywrócił sprawozdawczość list oczekujących/harmonogramów przyjęć oraz daty pierwszego wolnego terminu, zgodnie z art. 23 ust. 4a u.ś.o.z.

Na podstawie zestawień sporządzonych na potrzeby kontroli ustalono, że:

- 1) w Oddziale Rehabilitacji I na koniec 2020 r. na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwało łącznie 25 osób, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne z średnim czasem oczekiwania – 2 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących łącznie 494 osoby, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 7 dni (zwiększenie średniego czasu oczekiwania za udzielenie świadczenia o 5 dni);
- 2) w Oddziale Rehabilitacji II na koniec 2020 r. na przyjęcie do oddziału oczekiwało łącznie 17 030 osób, w tym 1 554 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 98 dni i 15 476 zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 837 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących na

udzielenie świadczenia łącznie 9 880 osób, w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 442 osoby ze średnim czasem oczekiwania 306 dni oraz 9 438 jako stabilne z średnim czasem oczekiwania 1010 dni. Nastąpił zatem spadek liczby oczekujących o 7 150 przy jednoczesnym wydłużeniu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w:

- a) przypadkach pilnych o 208 dni, b) stabilnych – 173 dni.

- 3) w Poradni Rehabilitacyjnej na koniec 2020 r. na przyjęcie do Poradni oczekiwało łącznie 251 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 17 dni. Natomiast w 2021 r. na listach oczekujących było łącznie 509, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 24 dni. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia wzrosła o 258 osób, a czas oczekiwania o 7 dni;
- 4) w Fizjoterapii Ambulatoryjnej na koniec 2020 r. na listach oczekujących na przyjęcie do ww. komórki organizacyjnej wpisano 1 644 osób, w tym 61 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania – 11 dni i 1 583 jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 272 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 833 osób, w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 66 osoby ze średnim czasem oczekiwania 6 dni oraz 767 jako stabilne z średnim czasem oczekiwania 79 dni. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zmalała o 811 osób, a czas oczekiwania w: a) przypadkach pilnych skrócił się o 5 dni; b) w przypadkach stabilnych o 193 dni.
- 5) w Oddziale Rehabilitacji Diennej na koniec 2020 r. na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwało łącznie 3 304 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne z średnim czasem oczekiwania – 554 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 1 012 osoby, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 292 dni. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zmalała o 2 292 osób, a czas oczekiwania o 262 dni.

W związku z danymi przedstawionymi powyżej, kontrolujący zwrócili się z pytaniem o powód tworzenia się kolejek oczekujących, otrzymując wyjaśnienie w brzmieniu: *Kolejki oczekujących pacjentów na zrealizowanie świadczenia w ŚCR wynikają z: - umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na określoną liczbę punktów w Oddziale Rehabilitacji I i II, Poradni Rehabilitacyjnej, Fizjoterapii Ambulatoryjnej i Oddziale Rehabilitacji Diennej, - dużej liczby pacjentów nie tylko po zabiegach, ale również z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego w każdym z wymienionych powyżej zakresów umowy z NFZ, - stałej liczby łóżek w szpitalu – 138 sztuk, - limitu liczby miejsc w Oddziale Rehabilitacji Diennej, -*

wymogów NFZ w stosunku do potencjału ludzkiego, - wystąpienia stanu epidemii w kraju od 02.2020 r. i ograniczenia przyjęć pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str.135-142]

Działalność Zespołu ds. oceny przyjęć

Na podstawie dokumentów źródłowych ustalono, iż Zespół ds. oceny przyjęć funkcjonował w jednostce kontrolowanej w latach 2020-2021 w oparciu o Zarządzenia Dyrektora nr 62A/2018 z dnia 27.07.2018 r. oraz nr 2/2021 z dnia 29.01.2021 r., na podstawie, których dokonywał comiesięcznej oceny prowadzenia list oczekujących mimo, iż z dniem 1.09.2020 r. uchylono art. 21²⁹ w u.o.ś.o.z. W tej kwestii Dyrektor placówki złożył wyjaśnienie w brzmieniu: *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji pomimo uchylecia art. 21 przez art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. (...) zmieniającej m.in. ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej z dniem 1.09.2020 r., nadal prowadzi raporty z list oczekujących dla nadzorowania płynności przyjęć pacjentów oraz dla własnych potrzeb.*

[Dowód: akta kontroli str.143-152]

W kontekście zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmujących m.in. uchylenie art. 21 tej ustawy dotyczącego powoływania w szpitalach zespołów oceny przyjęć, należy przyjąć, że szpitale nie mają po wejściu w życie nowelizacji obowiązku tworzenia ani dalszego utrzymywania powołanych wcześniej zespołów oceny. Nie ma także przepisów nakazujących powoływanie w ramach placówki innych ciał lub organów zajmujących się problematyką oceny prawidłowości list oczekujących. Zarządzający sp zoz może nadal kontynuować pracę zespołu w oparciu o wewnętrzne akty prawne szpitala.

Na potrzeby kontroli w oparciu o wybór losowy prosty kontrolujący dokonali oględzin raportów z oceny list oczekujących z 2020 r. za okres: styczeń 2020 r., - sierpień 2020 r. Na podstawie okazanych materiałów źródłowych, tj. *Raportów z oceny listy oczekujących na udzielenie świadczeń w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze* oraz materiałów dodatkowych m.in.: wydruków raportów kolejek oczekujących z poszczególnych komórek organizacyjnych wskazujących kod przyczyny skreślenia pacjenta z kolejki, wydruków statystyki przypadków pilnych i stabilnych oraz harmonogramów przyjęć ze wskazaniem pierwszego wolnego terminu, ustalono, że:

- zespół dokonywał oceny list raz w miesiącu,
- skład zespołu był zgodny z obowiązującym Zarządzeniem Dyrektora,

²⁹ Art. 21 określający zasady, tryb działania i skład zespołu oceny przyjęć, uchylony ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-1 (Dz.U. 2020 r. poz. 1493).

- dokonywano oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów,
- każdorazowo sporządzane dokumenty z zebrań Zespołu przedstawiano Dyrektorowi Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str.153-156]

2.4. Odmowy przyjęć pacjentów

Oceniając dostępność do świadczeń, na podstawie przedłożonych do kontroli danych ustalono, że w badanym okresie ilość odmów ogółem w Izbie Przyjęć Szpitala wyniosła:

- w 2020 r. – 18;

- w 2021 r. – 22.

Analiza dokumentacji źródłowej pn. *Księga odmów przyjęć udzielanych w Izbie Przyjęć* ustalono, iż najczęstsze powody odmów to m.in.: brak zgody pacjentów na pobyt stacjonarny, rezygnacja z przyjęcia, dyskwalifikacja z powodu chorób współistniejących, stwierdzone w wywiadzie i badaniu lekarskim infekcje z gorączką w przebiegu, dodatni wynik testów na Covid – 19, zmiany stwierdzone w badaniu EKG, wysokie RR, nieprawidłowe wyniki badań – skierowanie do POZ, zmiana terminu przyjęcia z uwagi na zaburzenia zdrowotne i przyczyny losowe.

[Dowód: akta kontroli str.157]

2.5. Wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, losowo wytypowano do oceny komórkę organizacyjną funkcjonującą w strukturach ŚCR w Dziale Rehabilitacji pn. Fizjoterapia Ambulatoryjna. Ustalono, że ww. komórka organizacyjna w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od dnia 1.08.2008 r., podlega pod jednostkę pn. *ambulatorium*. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 12 z kodem 1310; miejsce udzielania świadczeń – Czarniecka Góra 43.

W ramach działalności podstawowej w ambulatorium wykonywane są m.in. a) hydromasaże, b) krioterapia, c) ultradźwięki, dla pacjentów z zewnątrz na podstawie skierowania wystawianego przez lekarza specjalistę.

W oparciu o zestawienie sporządzone przez Kierownika Działu Rehabilitacji ŚCR wiadomo, że w okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej wykonano łącznie:

a) 912 hydromasaży, tj.: w 2020 r. - 325 w 2021 r. - 587 (wzrost o 262 zabiegi),

b) 3 338 zabiegów krioterapii, tj.: w 2020 r. - 1 931, w 2021 r. - 1 407 (zmniejszenie wykonania o 524 zabiegi),

c) 2 112 zabiegów ultradźwięków ,tj.: w 2020 r. - 786, w 2021 r. - 1 326 (wzrost wykonania o 540 zabiegów).

W związku ze znacznym zmniejszeniem liczby zabiegów krioterapii w 2021 r. Kierownik Działu Rehabilitacji ŚCR poinformował, że (...) *spadek liczby wykonywanych zabiegów z krioterapii w Oddziale Ambulatoryjnym powiązany jest z zleceniami na zabiegi fizjoterapeutyczne od lekarzy specjalistów, którzy w roku 2021 wydali mniej zleceń na w/w zabieg. Nadmieniam, że w tym okresie wzrosło wykonywanie innych zabiegów fizjoterapeutycznych.*

[Dowód: akta kontroli str.158-159]

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w podmiocie funkcjonuje instrukcja (element systemu zarządzania jakością) pn. *Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów oraz planowanego konserwowania i zabezpieczenia urządzeń i aparatury medycznej – ŚO 11.* Zgodnie z treścią dokumentu *Wszystkie czynności związane z przeglądami, konserwacjami i naprawami urządzeń i aparatury medycznej odnotowane są w „paszportach urządzeń”.* Paszporty urządzeń przechowują osoby odpowiedzialne materialnie za dany sprzęt lub aparaturę medyczną (...). Przeglądy techniczne aparatury i sprzętu medycznego wykonywane są w oparciu o harmonogramy, bez konieczności generowania dodatkowych zleceń. W przypadku awarii (...) *O niesprawności sprzętu należy poinformować konserwatora sprzętu medycznego (za pośrednictwem pielęgniarki koordynującej lub Kierownika komórki), który dokonuje naprawy lub wysyła sprzęt do serwisu zewnętrznego (...).* Kontrolującym przedstawione zostały harmonogramy przeglądów w Dziale Rehabilitacji za 2020 r. i 2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 160-164]

Mając powyższe na uwadze oraz realizację przez kontrolowanego obowiązków określonych w art. 63 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych³⁰ wrywkowej kontroli poddano paszporty techniczne zawierające informacje o wykonanych przeglądach w latach 2020 - 2021 niżej wymienionych pozycji sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych w Fizjoterapii Ambulatoryjnej, tj.:

- wanny do masażu wirowego kończyn górnych Castillo Basic nr H/1509/0364,
- wanny do masażu wirowego kończyn dolnych i kręgosłupa 1115 EZ, nr H/1509/0363,
- aparatu do krioterapii parami azotu CRYO-T-Elephant mini, nr CTEHgm 302LO,

³⁰ Dz.U. 2021, poz. 1565 – w art. 90 ust. 6-9 uregulowane są kwestie m.in. dotyczące posiadania dokumentacji wykonanych działań serwisowych, dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, obowiązku udostępniania tej dokumentacji organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczeniodawcą lub upoważnionym do jego kontroli. Ustawa uchylona w dniu 26 maja 2022 r. po wejściu w życie ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

- aparatu BTL -5720, nr 03800B110497 (ultradźwięki).

Na podstawie okazanych harmonogramów i paszportów technicznych ustalono, że w przypadku ww. aparatury i sprzętu medycznego terminowo podejmowane były działania serwisowe i wykonywane przeglądy okresowe. Harmonogramy określały terminy kolejnych przeglądów w latach 2020-2021.

[Dowód: akta kontroli str.165-174]

W ramach sprawdzenia terminowości regulowania należności za wykonane usługi serwisowania sprzętu i aparatury medycznej sprawdzono płatności w ramach umów:

1. nr 44/2019 zawartej w dniu 23.12.2019 r. pomiędzy Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze a Jackiem Jakubczykiem prowadzącym działalność pn. VIMED Jacek Jakubczyk, która obowiązywała od dnia 1.01.2020 r. do 31.12.2020 r. Przedmiot ww. umowy obejmował m.in. (...) *wykonywanie przeglądów technicznych, konserwacji, napraw bieżących i pogwarancyjnych, (...), wydawanie orzeczeń o stanie technicznym sprzętu i aparatury technicznej.* W § 6 ust. 1 i 2 ustalono, że *Rozliczenie między zamawiającym a wykonawcą za wykonane usługi następuje w formie comiesięcznego ryczałtu z doliczeniem kosztów części zamiennych i materiałów.* Zgodnie z § 6 ust. 7. (...) *Należność Wykonawcy za wykonane usługi zamawiający przekazuje w formie przelewu w terminie do 30 dni od daty otrzymania faktury, (...).* Podstawą wystawienia faktury miał być protokół odbioru naprawionego/wyremontowanego sprzętu i aparatury medycznej. Strony uzgodniły ryczałt miesięczny w wysokości 3 247,20 zł brutto (2 640,00 zł netto+ VAT 23% w wysokości 607,20 zł). Wysokość ryczałtu nie może ulec zmianie w czasie trwania umowy na usługi serwisowe sprzętu i aparatury medycznej.
2. nr 196/2020 zawartej w dniu 28.12.2020 r. pomiędzy Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze a Jackiem Jakubczykiem prowadzącym działalność pn. VIMED Jacek Jakubczyk, obowiązująca od dnia 1.01.2021 r. do 31.12.2021 r.. Treść ww. umowy w porównaniu do umowy z roku poprzedniego uległa modyfikacjom jedynie w § 6 ust. 5, w którym ustalono wysokość ryczałtu miesięcznego w kwocie 3 444,00 zł brutto (2 800,00 zł netto +VAT 23% - 644,00 zł).

Na podstawie doboru losowego prostego sprawdzono terminowość opłat faktur VAT wystawionych w III kwartale 2020 r. i I kwartale 2021 r.:

1. umowa 44/2019 z dnia 23.12.2019 r. - faktury nr: 9/07/2020 z dnia 31.07.2020 r., 12/08/2020 z dnia 31.08.2020 r., 13/09/2020 z dnia 30.09.2020 r.
2. umowa 196/2020 z dnia 28.12.2020 r. - faktury nr: 2/01/2021 z dnia 28.01.2021 r., 5/02/2021 z dnia 26.02.2021 r., 7/03/2021 z dnia 31.03.2021 r.

Na podstawie ww. dokumentów księgowych oraz przelewów bankowych ustalono, że:

- kwoty ryczałtu w ww. fakturach były zgodne z określonymi w ww. umowach,
- do każdego kontrolowanego dokumentu księgowego dołączano protokół odbioru naprawionego/wyremontowanego sprzętu i aparatury medycznej,
- należność z tytułu faktur VAT została dokonana w terminie określonym w umowach.

[Dowód: akta kontroli str.175-229]

2.6. Stopnia realizacji umów z NFZ w poszczególnych zakresach

W oparciu o dane³¹ przedstawione do kontroli ustalono, że w okresie objętym kontrolą Centrum zawarło z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na łączną kwotę 20 299 957,47 zł. Wartość kontraktów zrealizowanych w latach 2020 - 2021 wyniosła 14 920 842,78 zł. Na podstawie zestawień przygotowanych przez kontrolowanego za lata 2020 - 2021 wiadomo, że w:

1. 2020 r.: a) wartość umów zawartych z NFZ wraz z aneksami wynosiła 10 159 290,20 zł, b) wykonanie kontraktu 5 918 958,81 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych 0,00 zł; kontrakt wykonano na poziomie ok. 58%.
2. 2021 r.: a) wartość umów zawartych z NFZ wraz z aneksami wynosiła 10 140 667,27 zł, b) wykonanie kontraktu 9 001 883,97 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych 52 035,67 zł; kontrakt wykonano na poziomie ok. 88%.

Dodatkowo w okresie od lipca 2021 r. do 31.12.2021 r. ŚCR realizowało świadczenia z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 (wyodrębnione 18 łóżek w Oddziale Rehabilitacji II – dodatkowe rozliczenie w systemie SZOI w ramach podstawowej umowy na kwotę 115 244,00 zł). Zasady współpracy z ŚOW NFZ przedstawiono szczegółowo w informacji dołączonej do akt kontroli.

W kwestii powodów tak niskiego wykonania kontraktu w 2020 r. Dyrektor złożył obszerne wyjaśnienie, z którego wiadomo, że wpływ na ww. wykonanie miało (...) *wprowadzenie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze zostało zmuszone do ograniczenia funkcjonowania w porównaniu do warunków sprzed zaistnienia zagrożenia. Zgodnie z przedłożoną informacją od 1.04.2020 r. do 29.04.2020 r. nastąpiła przerwa w udzieleniu świadczeń zdrowotnych. Działalność leczniczą ŚCR wznowiono częściowo 4.05.2020 r. w ramach AOS., Szpital (...) realizował świadczenia gwarantowane w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. (...) Jednocześnie*

³¹ W zestawieniu nie ujęto kwoty 115 244,00 zł – wykonanie dodatkowych świadczeń dla pacjentów po przebytej chorobie COVID -19 w Oddziale Rehabilitacji II.

należy zwrócić uwagę, że Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z dnia 9 października 2020 r. (Dz.U. z 2020 poz. 1758) ustanawiało czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegającej na zaprzestaniu realizowanej w trybie stacjonarnym rehabilitacji leczniczej z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie lub nierozpoczęcie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia. Dopiero Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 lutego 2021 r. (...) pozwoliło na rozpoczęcie rehabilitacji w systemie stacjonarnym na podstawie negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku Sars- CoV -2. Pozwoliło to na stopniowe zwiększanie obłożenia łóżek w oddziale Rehabilitacji I i II. Mimo to, skala niewykonywania umów ze ŚOW NFZ za świadczenia opieki zdrowotnej za okres od 1.01.2020 r. do 31.12.2020 r. wynosi 4 230 617,72 zł., wobec 10 150 903,02 zł³² zakontraktowanych świadczeń przez ŚOW NFZ. (...) Dodatkowo sytuację pogarszał fakt, że pacjenci często zgłaszali rezygnację z leczenia w ŚCR, co spowodowane było obawami związanymi z sytuacją epidemiczną na terenie całego kraju (...). Następnie Dyrektor poinformował, iż na podstawie rozporządzeń wydawanych przez Ministra Zdrowia od marca 2020 r. do grudnia 2020 r. płatnik dokonywał rozliczenia 1/12 kontraktu³³, tj. pełnej miesięcznej wartości kontraktu niezależnie od tego ile świadczeń zostało wykonanych. Jednakże zgodnie ze stanowiskiem Centrali NFZ, przekazane środki finansowe nie stanowią bezwrotnego wsparcia i zostały wypłacone z założeniem, że odpowiednia liczba świadczeń zostanie zrealizowana z w terminie późniejszym. Świadczeniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami muszą dokonać ostatecznego rozliczenia świadczeń za 2020 r. do 31.12.2023 r. Dodatkowo kontrolującym przedstawiono Wniosek o sfinansowanie zobowiązań³⁴ za świadczenia realizowane w 2020 r., który kontrolowany złożył do płatnika oraz informację o przyznaniu finansowania zobowiązań w ramach umowy nr 13-REH05-18-00198-029 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w kwocie 2 235 459,53 zł. (umorzenie części zobowiązań). Jednocześnie Dyrektor ŚCR poinformował, iż (...) W dniu 31.01.2022 r. ŚCR wystosowało do ŚOW NFZ wnioski o zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit od 1.01.2021 r. do 31.12.2021 r. (znak: DSM.4201.1.2022), który pozostał bez odpowiedzi. Kwota nierozliczonych świadczeń stanowi kwotę do rozliczenia w ramach tzw. 1/12.

³²Kwota wykonania pomniejszona o 8 387,18 zł - umowa nr 13-SZP03/05-20-00198-041 program lekowy – leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym

³³ W okresie od 1.09.2020 r. do 30.10.2020 r. zostały wystawione faktury do ŚOW NFZ na podstawie faktycznej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

³⁴ Złożony w oparciu o art. 15ea ust.1. ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVI-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020 poz. 1842, z późn.zm.)

Na podstawie „Zestawienia umów zawartych z NFZ (..)” ustalono, że przedmiotem kontraktów w okresie objętym kontrolą były m.in.: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (w tym: dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, po leczeniu operacyjnym), rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym (w tym: dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, po leczeniu operacyjnym), lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, program lekowy – leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym.

[Dowód: akta kontroli str.230-239]

2.7. Realizacja prawa pacjentów do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej

Kontrolowany poinformował, że *ŚCR zapewnia dostęp poza kolejnością: - osobom uprawnionym wymienionym w art. 47c Ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, - osobom niepełnosprawnym zgodnie z Ustawą z dnia 9.05.2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niesprawności, - pacjentom do sześciu m-cy po zabiegach operacyjnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6.11.2013 r.*

Kontrolujący dokonali oględzin miejsc rejestracji pacjentów tj.: w Izby Przyjęć, Poradni Rehabilitacyjnej, Działu Rehabilitacji - Oddział Ambulatoryjny, stwierdzając, iż w każdym z ww. miejsc udzielania świadczeń widoczna była informacja dotycząca szczególnych uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

[Dowód: akta kontroli str. 240-244]

2.8. Poziom satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej

Na podstawie informacji udzielonej przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa ustalono, że w latach 2020 – 2021 w podmiocie oceny satysfakcji pacjenta dokonywał zespół ds. jakości, powoływany Zarządzeniami Dyrektora nr: 62A/2018 z dnia 27.07.2018 r. oraz nr 2/2021³⁵ z dnia 29.01.2021 r. Do obowiązków zespołu ds. jakości należy: (...) *koordynowanie wszystkich działań związanych z monitorowaniem i poprawą jakości w zakresie: identyfikacji głównych obszarów wymagających poprawy jakości, opracowania i wdrożenia programu działań dla poprawy jakości, poprawy warunków strukturalnych i wyposażenia w sprzęt specjalistyczny, analizy badań opinii pacjentów.* Z informacji przekazanej przez Kierownika ds. pielęgniarstwa

³⁵ Aneks do Zarządzenia nr 2/2021 z dnia 1.07.2021 r.

wiadomo, że (...) ankiety przeprowadzane są anonimowo w oddziałach stacjonarnych szpitala i oddziale dziennym. Wypełniane są w przeddzień lub dzień wypisu i wrzucane do zaplombowanych pojemników. Analizy ankiet dokonuje się 1x na kwartał. Wnioski przekazywane są personelowi w każdej komórce ŚCR. Ewentualne problemy rozwiązywane są na bieżąco, w zależności kogo/czego dotyczą. Osobą wdrażającą wnioski poaudytowe jest kierownik danej komórki.

Kontrolującym przedstawiono analizy ankiet satysfakcji pacjentów z okresu objętego kontrolą, dokonane w 2020 r.³⁶ i 2021 r.

Porównanie analizy ankiet satysfakcji pacjenta przeprowadzonych w 2020 r. i 2021 r. pozwoliła kontrolującym na ustalenie, że: a) w 2021 r. nastąpił spadek pozytywnych ocen z 99,1% do 96,15%, b) analogicznie wzrósł % negatywnych opinii z 0,9% do 3,85%. Najwyżej oceniano m.in.: uprzejmość i życzliwość personelu medycznego, opiekę lekarską, ćwiczenia prowadzone przez rehabilitanta, ich komunikatywność, uprzejmość i życzliwość, bezpieczeństwo w trakcie leczenia oraz przestrzeganie praw pacjenta, czystość sal, łazienek i toalet, uprzejmość i zachowanie personelu pomocniczego wobec pacjenta. Negatywne oceny dotyczyły m.in.: posiłków, tj. ich jakości i temperatury, informacji na temat stosowanej diety, pór odwiedzin i ich zakazu podczas trwającej pandemii Covid - 19, czasu oczekiwania na przyjęcie w Izbie Przyjęć oraz udzielania informacji dotyczącej stanu zdrowia i leczenia przez lekarzy.

[Dowód: akta kontroli patrz str. 143-151. i str. 245-246]

B. Ocena cząstkowa: pozytywna

Pozytywna ocena dotyczy: spełniania wymogów płatnika w zakresie potencjału ludzkiego oraz dostępności pacjenta do świadczeń realizowanych w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli; kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk oraz dokumentowania przebytych szkoleń p.poż, bhp oraz przeprowadzonych badań okresowych w poddanej kontroli próbie; stopnia wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej oraz przestrzegania zasad dotyczących postępowania ze sprzętem i aparaturą medyczną określonych w przepisach prawa; prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczenia zdrowotnego i przekazywania ich do płatnika z godnie z wytycznymi

³⁶ W II kwartale 2020 r. nie przeprowadzono ankietyzacji z powodu stanu epidemii.

NFZ i obowiązującymi przepisami w tym zakresie; działania zespołu ds. oceny przyjęć; informowania pacjentów o przysługujących im prawach do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej; monitorowania poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej.

III. Zlecenie podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej

A. Ustalenia faktyczne:

W oparciu o zestawienie nr 8 do tej kontroli ustalono, iż okresie objętym kontrolą ŚCR nie ogłaszało konkursów na świadczenia zdrowotne realizowane na podstawie art. 26 ust. 3 u.d.l, co potwierdził w oświadczeniu kierownik jednostki. W trybie pozakonkursowym, w okresie objętym kontrolą, podpisano łącznie 4 umowy (2 - w 2020 r. i 2 - w 2021 r.) na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi.

Ustalono, że:

✓ w 2020 r. zawarto umowy:

- w dniu 25.05.2020 r. z ZOZ w Końskich na świadczenie usług z zakresu USG, RTG oraz EMG, co było (...) *niezbędnym wymogiem do realizacji Programu lekowego w zakresie leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym, który ŚCR realizowało w 2020/2021 roku,*
- w dniu 1.08.2020 r. z Pracownią RTG Beata Gruszkiewicz, której przedmiotem było wykonywanie zdjęć RTG. (...) *podyktowane (...) brakiem możliwości realizacji tych świadczeń przez ZOZ w Końskich w związku ze stanem epidemii (...).*

✓ umowy zawarte w 2021 r. (w dniu 5.11.2021 r. ze ŚCRMITS w Kielcach na świadczenie transportu sanitarnego oraz w dniu 31.12.2021 r. z ZOZ Końskie na świadczenie usług medycznych – konsultacji specjalistycznych oraz badań i zabiegów radiologicznych), obowiązują od 1.01.2022 r.

W celu zawarcia ww. umów w trybie pozakonkursowym (...) *ŚCR zwracało się do podmiotów realizujących wskazane świadczenia o umożliwienie zawarcia w/w umów. Wybór świadczeniodawców podyktowany był jakością oraz dostępnością w wykonywaniu świadczeń.*

Kontrolujący dokonali oceny umowy zawartej w dniu 1.08.2020 r. pomiędzy Pracownią RTG Beata Gruszkiewicz z/s w Końskich a Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, wyboru umowy dokonano metodą losową prostą. Przedmiotem umowy jest (...)

odpłatne świadczenie przez Zleceniobiorcę na rzecz Zleceniobiorcy usług polegających na wykonywaniu zdjęć RTG. (...). Ustalono, że ww. umowa nie zawiera wszystkich elementów wskazanych w art. 27 ust. 4 u.d.l., tj. nie określono w jej treści informacji wymaganych w pkt 3, 8, 9. W tej kwestii Dyrektor kontrolowanej jednostki złożył wyjaśnienie w brzmieniu: zawarta umowa spełnia essentialia negotii dla ważności umowy w obrocie cywilno prawnym, co jednocześnie nie wyłącza stosowania ustaw powszechnie obowiązujących w czasie jej zawarcie tj. ustawy o działalności leczniczej. W sytuacji wystąpienia sporów, które zawsze rozstrzyga kompetentny do tego organ jakim jest wyłącznie sąd powszechny, stosuje on ustawy – kodeks cywilny, ustawa o działalności leczniczej jako podstawy prawne obowiązujące w aktualnym stanie faktycznym i prawnym. Wobec powyższego zapisywanie w treści umowy zapisów ustawowych już obowiązujących nie jest konieczne do ich stosowania i przestrzegania. Jednocześnie co istotne w niniejszej sprawie z uwagi na sytuację epidemiologiczną w kraju i na świecie w chwili zawarcia przedmiotowej umowy, ustawodawca ułatwił zawieranie umów ich formę i tryb, na co wskazuje ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Nadmienić także należy, że zawarta umowa wskazuje na osobę odpowiedzialną za świadczenie usług opisanych w treści umowy tj. wykonawca świadczenia – B. Gruszkiewicz. Kwestie rozwiązania umowy o której stanowi art. 27 ust 4 pkt 8 oraz ust 8 precyzują przepisy art. 77 kc, 746 kc w zw. z art. 750 kc ustawy kodeks cywilny, a który to ma w niniejszej sytuacji zastosowanie do przedmiotowej umowy, podobnie jak do każdej umowy funkcjonującej w obrocie. Dodatkowo umowa sama w sobie przewiduje termin i formę wymaganą do jej rozwiązania tj. paragraf 5 umowy – 1 miesięczny termin wypowiedzenia. Kwestię zapisów umownych dot. sprawozdawczości statystyk wypełnia zapis umowy tj. paragraf 2 ust 2 poprzez określenie dokumentu na podstawie którego realizowana będzie umowa oraz płatność. Doprecyzowanie w postaci wskazania i rejestrowania danych imiennie osób korzystających z usług, rodzaju usługi oraz datą jej wykonywania miało na celu prowadzenie sprawozdawczości statystycznej, która dokumentowana miesięcznie daje również wykaz roczny.

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, niemniej wskazują, że ustawa o działalności leczniczej w art. 27 dokładnie (w sposób enumeratywny) wskazuje elementy które winny być zawarte umowie o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Oczywistym jest, że przepisy u.d.l. mają pierwszeństwo stosowania przed przepisami ogólnymi tj. kodeksem cywilnym, zaś w sprawach nieuregulowanych w u.d.l., zastosowanie mają przepisy ogólne. Zatem, ŚCR winno dopełnić obowiązku umieszczenia wszystkich elementów w umowie.

Na podstawie próby - rachunków nr: 18/2021 z dnia 30.01.2021 r., 33/2021 z dnia 27.02.2021 r., 61/2021 z dnia 31.03.2021 r. oraz przelewów bankowych ustalono, że:

- do każdego kontrolowanego dokumentu księgowego dołączano wykaz imienny osób wraz z rodzajem usługi i datą jej wykonania (zgodnie z § 2 ust. 2 ww. umowy),
- należność z tytułu wystawionych rachunków została dokonana w terminie określonym w umowie.

[Dowód akta kontroli, str. 247-270]

B. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Pozytywna ocena dotyczy: a) zastosowania zapisów art. 26 ust. 4a u.d.l. przy udzieleniu zamówienia ma świadczenia zdrowotne; b) terminowego regulowania należności z tytułu zawartej umowy z dnia 1.08.2021 r.

Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości dotyczą: nie zastosowania się do zapisów art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, tj. zredagowania treści umowy z pominięciem zapisów wymaganych przepisami prawa.

C. Osoba odpowiedzialna

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze - na podstawie art. 46 ust. 1 u.d.l, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 30.09.2020 r. znak: OZ.IV.1711.7.2020

W wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach od 15.06.2020 r. do 26.06.2020 r., wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa przeprowadzać konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, w szczególności poprzez:
 - a) upublicznianie szczegółowych warunków konkursu ofert na tablicy i stronie internetowej Szpitala,
 - b) zamieszczanie jednolitych informacji w dokumentach tworzonych na potrzeby przeprowadzanych konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym: w szczegółowych warunkach konkursu ofert i formularzu ofertowym,

- c) zamieszczanie informacji o rozstrzygnięciu konkursu na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w tej samej dacie, zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie,
- d) podawanie do publicznej wiadomości pełnych informacji o rozstrzygnięciu konkursu, w szczególności poprzez prawidłowe oznaczenie wybranego świadczeniodawcy oraz formułowanie treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu w sposób jednoznacznie określający, w ramach którego zadania dokonano jego wyboru.
2. Egzekwować terminowe dostarczanie rachunków za wykonane świadczenia.
 3. Terminowo regulować zobowiązania Szpitala wobec świadczeniodawcy.
 4. Opłacać w wyznaczonych terminach raty polisy odpowiedzialności cywilnej.
 5. Realizować zalecenia pokontrolne wynikające z ustaleń kontroli.

Na podstawie czynności sprawdzających ustalono, że:

- w zakresie pkt 2 na podstawie próby losowo wybranych faktur do umowy nr 38/2019 Szpital prawidłowo egzekwował terminowe dostarczenie rachunków za wykonane świadczenia,
- w zakresie pkt 3 przeprowadzone czynności kontrolne potwierdziły terminowe regulowanie zobowiązań Szpitala wobec świadczeniodawcy,
- w zakresie pkt 4 Centrum opłacało w terminie raty polis, sprawdzono przelewy za okres 1.04.2021-31.03.2022 do polisy PL_T nr 139399218.

W zakresie pkt 1 ww. zaleceń, z uwagi na nieprzeprowadzenie w okresie objętym kontrolą konkursów w oparciu o art. 26 ust. 3 u.d.l. nie dokonano oceny realizacji zaleceń pokontrolnych.

Pozostałe informacje i pouczenia

Projekt Wystąpienia Pokontrolnego został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Jednostki Kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z § 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych:

1. kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo w terminie 7 dni, od otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu, przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego,
2. na umotywowany wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, złożony przed upływem terminu na zgłoszenie zastrzeżeń, przy zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn termin na zgłoszenie zastrzeżeń może zostać przedłużony przez podmiot uprawniony do kontroli na dalszy czas oznaczony,
3. podmiot uprawniony do kontroli ma prawo sprostowania w projekcie wystąpienia pokontrolnego, w każdym czasie, z urzędu lub na wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, błędów pisarskich lub innych oczywistych omyłek,
4. projekt wystąpienia pokontrolnego, w którym dokonano sprostowania, przekazuje się kierownikowi jednostki kontrolowanej wraz z informacją o dokonanych zmianach,
5. sprostowanie nie ma wpływu na bieg terminu zgłoszenia zastrzeżeń do projektu wystąpienia pokontrolnego.

W przypadku niezgłoszenia zastrzeżeń sporządza się Wystąpienie Pokontrolne obejmujące treść Projektu Wystąpienia Pokontrolnego uzupełnione o zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości i uchybień lub usprawnienia funkcjonowania Jednostki Kontrolowanej.

Marszałek
Województwa Świętokrzyskiego
Andrzej Bętkowski
(dokument podpisano elektronicznie)
/podmiot uprawniony do kontroli/

Jolanta Jesionowska, Karol Giemza

.....
/podpisy osób sporządzających Projekt Wystąpienia Pokontrolnego/

Kielce, dnia 13.07.2022 r.