

UCHWAŁA NR 5702/22
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 3 SIERPNI 2022 ROKU

W SPRAWIE:

Przyjęcia Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

NA PODSTAWIE:

§ 25 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 Wystąpienie Pokontrolne dotyczące Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze sporządzone 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. Wystąpienie Pokontrolne 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 Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego
Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze

W dniu 13 lipca 2022 r. Uchwałą nr 5572/22 Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął Projekt Wystąpienia Pokontrolnego sporządzony po przeprowadzeniu kontroli planowej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze 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. Przedmiotowy dokument w dniu 20.07.2022 r. przekazano do jednostki kontrolowanej. Kierownik podmiotu leczniczego nie zgłosił umotywowanych zastrzeżeń do Projektu Wystąpienia Pokontrolnego, w związku z tym opracowano Wystąpienie Pokontrolne, uzupełnione o zalecenia dotyczące usunięcia stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Zgodnie z § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, wystąpienie pokontrolne podpisuje podmiot uprawniony do kontroli.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

OZ-I.1711.7.2022

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

sporządzone na podstawie § 25 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. liczba 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 odbytych 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 nadawania²⁰; 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).

²¹ Grupa 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

Ww. komórka organizacyjna podlega 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 -

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

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 zleczone 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 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*

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.

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 wydłużeniem 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,
- dokonywano oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów,

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).

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

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.

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 przekaże 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 należy zwrócić uwagę, że Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych*

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

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 bezzwrotnego 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 wniosek 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 udzielenie świadczenia zdrowotnego i przekazywania ich do płatnika z godnie z wytycznymi NFZ i obowiązującymi przepisami w tym zakresie; działania zespołu ds. oceny przyjęć; informowania pacjentów o przysługujących im prawach do korzystania poza kolejnością

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

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 polisy, 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.

V. ZALECENIA I WNIOSKI

W celu usunięcia stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości oraz usprawnienia funkcjonowania jednostki podczas udzielenia podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych, wnoszę o:

1. redagowanie treści zawieranych umów z uwzględnieniem obowiązujących przepisów, tj. art. 27 ust. 4 u.d.l.

VI. POUCZENIA

Zgodnie z § 25 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, proszę o poinformowanie podmiot uprawniony do kontroli o sposobie wykorzystania wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

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

Jolanta Jesionowska, Karol Giemza

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

Kielce, dnia 3 sierpnia 2022 r.