



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI-4101-017-02/2014
P/14/065

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/065 – Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2011 do 30 czerwca 2014 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontroler	Andrzej Kamiński, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 90239 z dnia 17 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2).
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Szpitala od 29 maja 2013 r. jest Youssef Sleiman. Poprzednio Dyrektorem Szpitala od 5 listopada 2001 r. do 13 września 2012 r. był Krzysztof Skowronek. Obowiązki Dyrektora Szpitala od 14 września 2012 r. do 18 stycznia 2013 r. pełnił Jerzy Szelba, a od 19 stycznia do 3 kwietnia 2013 r. Youssef Sleiman. Dyrektorem Szpitala od 4 kwietnia do 9 maja 2013 r. był Przemysław Westfal. Szpitalem kierował od 10 maja do 28 maja 2013 r. Youssef Sleiman jako pełnomocnik Dyrektora Szpitala.(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości ¹ , działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Podstawą sformułowania pozytywnej oceny było: - pełna realizacja kontraktów zawartych z NFZ; - opracowanie programu restrukturyzacji i podejmowanie skutecznych działań w celu jego realizacji; - terminowe wypłacanie wynagrodzeń wraz z pochodnymi; - terminowe zgłaszanie do NFZ zmian osób udzielających świadczeń zdrowotnych; - spełnianie wymogów wynikających z kontraktów z NFZ dotyczących zatrudnienia personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych; - opracowanie i wdrożenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Stwierdzona nieprawidłowość polegała na pełnieniu przez dwie osoby 24 godzinnych dyżurów medycznych 31 grudnia 2013 r. oraz 1 stycznia 2014 r. w związku z czym nie miały one zachowanej 11 godzinnej przerwy na odpoczynek zgodnie wymogami z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², według których <i>pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (ust.1). Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (ust.2).</i>

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. System zatrudniania i wynagradzania personelu w relacji do sytuacji finansowej szpitala

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital uzyskał następujące przychody ogółem w 2011 r. – 54.273,5 tys. zł, 2012 r. – 59.559,5 tys. zł, 2013 r. – 61.586,3 tys. zł, 2014 r. (I półrocze) – 29.866,7 tys. zł w tym przychody z umów z NFZ wynosiły odpowiednio: 48.453,3 tys. zł (89,3% przychodów ogółem), 53.012,6 tys. zł (89,0%), 52.356,0 tys. zł (85,0%), 25.864,0 tys. zł (86,6%).

Koszty ogółem ponoszone przez Szpital wyniosły w 2011 r. – 63.876,8 tys. zł, 2012 r. – 66.565,8 tys. zł, 2013 r. – 62.562,2 tys. zł, 2014 r. (I półrocze) – 30.878,3 tys. zł.

Szpital ponosił stratę netto, która wykazywała tendencję malejącą i wynosiła za 2011 r. – 9.603,2 tys. zł, 2012 r. – 7.006,3 tys. zł, 2013 r. – 975,9 tys. zł, 2014 r. (I półrocze) – 1.011,6 tys. zł.

Zobowiązania ogółem na koniec poszczególnych okresów sprawozdawczych wynosiły w 2011 r. – 38.003,4 tys. zł, 2012 r. – 42.153,9 tys. zł, 2013 r. – 41.862,3 tys. zł, 2014 r. (I półrocze) – 41.973,4 tys. zł.

Szpital nie regulował terminowo zobowiązań, w związku z czym występowały zobowiązania wymagalne, które wykazywały tendencję malejącą i wynosiły odpowiednio: 22.225,6 tys. zł, 19.052,6 tys. zł, 11.056,5 tys. zł, 14.650,9 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 4)

1.2. W badanym okresie prowadzone były wobec Szpitala egzekucje komornicze. Ogółem wyegzekwowano 17.526,8 tys. zł na podstawie 154 tytułów wykonawczych, z tego w 2011 r. – 8.950,5 tys. zł – 38; 2012 r. – 5.604,8 tys. zł – 77, 2013 r. – 2.799,5 tys. zł; - 31, 2014 r. (I półrocze) 172,0 tys. zł – ośmiu. (dowód: akta kontroli str. 5)

1.3. Wynagrodzenia wraz z pochodnymi stanowiły w 2011 r. – 28.229,4 tys. zł (44,2% kosztów ogółem); 2012 r. – 28.135,8 tys. zł (42,3%); 2013 r. – 26.697,2 tys. zł (42,7%); 2014 r. (I półrocze) 14.229,2 tys. zł (46,1%)

Koszty kontraktów (usług medycznych) obcych wynosiły odpowiednio: 3.633,2 tys. zł (5,7%), 3.686,4 tys. zł (5,5%), 3.688,2 tys. zł (5,9%), 1.999,0 tys. zł (6,4%). (dowód: akta kontroli str. 4)

1.4. W maju 2011 r. został opracowany *Plan strategiczny i naprawczy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze na lata 2011 – 2014* (dalej: Plan).

Celem Planu było przedstawienie działań naprawczych w związku z trudną sytuacją finansową Szpitala. Efektem jego realizacji miało być przywrócenie równowagi finansowej Szpitala. Zakładano, że cel zostanie osiągnięty poprzez optymalizację kosztów oraz pozyskiwanie nowych źródeł przychodów. Według tego oprogramowania optymalizacja kosztów miała polegać na:

- ograniczeniu kosztów zmiennych świadczonych usług medycznych poprzez ograniczenie wykonywania wysokich nadwykonań kontraktu z NFZ, czego efektem będzie zmniejszenie zużycia materiałów medycznych, zmniejszenie kosztów usług żywieniowych, transportowych, diagnostycznych zewnętrznych, pralni, itp.;
- zmniejszeniu kosztów stałych związanych z dostosowaniem zasobów do realizacji kontraktu w zakresie określonego umową limitu, tj. zmiany zatrudnienia wśród pracowników, reorganizacji wykonywania pracy lekarzy i dyżurów lekarskich, zmiany premiowania pracowników, itp.;
- wzmoczeniu oszczędności w gospodarowaniu zapasami w komórkach organizacyjnych i magazynach;
- oszczędności nośników energii oraz usług telekomunikacyjnych;
- inne działania. (dowód: akta kontroli str. 6-7)

W zakresie optymalizacji kosztów związanych z racjonalizacją zatrudnienia i wynagrodzeń założono przeprowadzenie analizy zatrudnienia w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych; określenie zapotrzebowania na pracę pielęgniarek poprzez kategoryzowanie pacjentów wg kategorii od I do IV; wprowadzenie dodatku motywacyjnego dla pielęgniarek, uzależnionego od obciążenia pracą; wprowadzenie w oddziałach

szpitalnych równoważnego czasu pracy dla lekarzy skracając tym samym czas dyżuru; zmniejszenie ilości kontraktów lekarskich; ujednolicenie stawki za godzinę dyżuru i pracy. Postanowiono dokonać redukcji zatrudnienia w komórkach organizacyjnych poprzez rozwiązanie umów o pracę z 26 osobami, w tym 15 pielęgniarkami, pięcioma innymi pracownikami medycznymi oraz sześcioma osobami z pozostałego personelu. (dowód: akta kontroli str. 15-25)

Pozyskiwanie nowych źródeł przychodów planowano uzyskać poprzez wprowadzenie nowych świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez NFZ w ramach działalności oddziałów szpitalnych (dowód: akta kontroli str.8)

Plan zawierał analizę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa województwa świętokrzyskiego, z której wynikała możliwość wystąpienia niedoboru łóżek szpitalnych w okresie objętym kontrolą. (dowód: akta kontroli str. 9-14)

Szpital od 2012 r. corocznie sporządzał informacje dla Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, dotyczące realizacji programu naprawczego, które zawierały szczegółowe działania oszczędnościowe.

1) W 2011 r. w wyniku działań restrukturyzacyjnych zmniejszono koszty o około 1.196 tys. zł, w tym 911 tys. zł oszczędności uzyskano z tytułu wynagrodzeń wraz z pochodnymi, poprzez połączenie Oddziału III Pulmonologii z Oddziałem I Pulmonologii oraz oddziału IX kardiologicznego z Oddziałem V Chorób Wewnętrznych i w związku z tym likwidacji ośmiu etatów kierowniczych oraz dwóch dyżurów lekarskich, jak również spadku zatrudnienia pracowników. (dowód: akta kontroli str. 22-23)

2) W 2012 r. zakładano redukcję kosztów o kwotę 4.064 tys. zł, z tego wynagrodzeń 784 tys. zł, zużycia materiałów 2.476 tys. zł, świadczeń na rzecz pracowników 804 tys. zł.

W rzeczywistości zmniejszono koszty o 2.965 tys. zł. Niewykonanie planu oszczędnościowego nastąpiło przede wszystkim z powodu niewykonania redukcji kosztów wynagrodzeń, ponieważ zamiast obniżenia nastąpił ich wzrost o 84 tys. zł.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych Marzanna Bełtowska-Gołuc wyjaśniła w tej sprawie, że *wynikło to m.in. z przesuwania terminów wdrażania zaplanowanych działań restrukturyzacyjnych w odniesieniu do dyżurów pod telefonem oraz dyżurów w laboratorium analitycznym.*

Zakładano wzrost przychodów o kwotę 345 tys. zł z tytułu uruchomienia Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej. W rzeczywistości przychody z tego tytułu wyniosły 326 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 39)

3). W 2013 r. zakładano redukcję kosztów w wysokości 3.945 tys. zł, w tym: w zakresie wynagrodzeń – 450 tys. zł, materiałów – 1.240 tys. zł, energii elektrycznej – 65 tys. zł, usług obcych – 1.200 tys. zł, pozostałych kosztów 990 tys. zł.

W rzeczywistości oszczędności w zakresie kosztów wyniosły 1.406 tys. zł. Największe oszczędności uzyskano w wyniku redukcji kosztów wynagrodzeń – 1.206 tys. zł. Było to efektem wprowadzenia zmian w strukturze organizacyjnej szpitala w zakresie pionów ekonomicznego i administracyjnego, likwidacji dodatkowego 10 dniowego urlopu oraz wprowadzenia w życie zapisów regulaminu pracy w zakresie rozliczania sobót.

Koszty materiałowe zredukowano o 300 tys. zł, pozostałe koszty o 149 tys. zł, natomiast w zakresie kosztów usług obcych i energii elektrycznej nastąpił wzrost kosztów o 248 tys. zł.

Z wyjaśnienia udzielonego przez Zastępcę Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych w sprawie niepełnej realizacji planu redukcji kosztów wynika:

- *wykonanie planu redukcji kosztów materiałowych jedynie w 24,2% wynikało z konieczności wyposażenia nowego Oddziału Ortopedii w niezbędne materiały;*
- *niewykonanie planu w zakresie zużycia energii było związane z rozpoczęciem funkcjonowania nowego Bloku Operacyjnego;*
- *niewykonanie planu w zakresie usług obcych było spowodowane m.in. niedoszacowaniem kosztów napraw i konserwacji sprzętu medycznego, badań wykonywanych przez jednostki zewnętrzne, nie ujęcie w planie pierwotnym wkładu własnego robót budowlanych dotowanych z PFRON;*

- niewykonanie planu w zakresie pozostałych kosztów wynika przede wszystkim z niedokładnego ujęcia w planie kosztów amortyzacji środków trwałych. W wyniku czego wykonanie było wyższe od planu o 900 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 28,38)

Zwiększenie przychodów w kwocie 680 tys. zł planowano uzyskać w wyniku zwiększenia kontraktu na specjalistyczne usługi laboratoryjne, weryfikację cennika na badania diagnostyczne, wydłużenie czasu pracy pracowni rtg, wynajęcie wolnych pomieszczeń oraz optymalne wykorzystanie możliwości diagnostycznych pracowni zaburzeń snu. W rzeczywistości z powyższych działań uzyskano wzrost przychodów o 658 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 28)

4) W 2014 r. zakładana była dalsza obniżka kosztów o 1.590 tys. zł, w tym energii elektrycznej o 150 tys. zł oraz usług obcych o 1.440 tys. zł.

Zakładano również wzrost przychodów o 4.035 tys. zł, które planowano uzyskać z następujących działań: uruchomienia Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 3.750 tys. zł; wynajęcia wolnych powierzchni – 35 tys. zł; optymalnego wykorzystania możliwości diagnostycznych pracowni zaburzeń snu – 100 tys. zł; uruchomienia stanowisk do nieinwazyjnej wentylacji – 150 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 37,40)

1.5. Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego jako organ założycielski udzielił Szpitalowi wsparcia finansowego w formie dotacji w wysokości 7.837,4 tys. zł, z tego:

1) w 2011 r. przekazano Szpitalowi 2.808,8 tys. zł, na zakup aparatury, sprzętu medycznego oraz wyposażenia, istniejących oddziałów oraz nowego bloku operacyjnego oraz sterylizatorni;

2) w 2012 r. pomoc wyniosła 2.300,6 tys. zł i została przeznaczona na doposażenie w sprzęt medyczny i aparaturę nowego bloku operacyjnego, jak również utworzenie pracowni leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu;

3) w 2013 r. Urząd Marszałkowski przekazał Szpitalowi 1.778,0 tys. zł, które wykorzystano na adaptację pomieszczeń i zakup sprzętu na potrzeby nowo tworzonego Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz zakup sprzętu do zabiegów urologicznych.

Przekazana Szpitalowi pomoc w 2014 r. w kwocie 950 tys. zł została wykorzystana na zakup aparatury i sprzętu medycznego.

Ponadto Urząd Marszałkowski w okresie objętym kontrolą udzielił Szpitalowi pożyczek w kwocie 13.500 tys. zł na uregulowanie zobowiązań wymagalnych; z tego na podstawie umowy z 17 października 2012 r. – 10.000 tys. zł oraz umowy z 28 lutego 2013 r. – 3.500 tys. zł. Środki z pożyczek zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem. (dowód: akta kontroli str. 41-44)

1.6. Szpital nie zaciągał kredytów i pożyczek z przeznaczeniem na restrukturyzację zatrudnienia. Kredyty i pożyczki zaciągano w celu spłaty zobowiązań, przede wszystkim zobowiązań wymagalnych z tytułu dostaw i usług. Zadłużenie z tytułu zaciągniętych kredytów i pożyczek na 30 czerwca 2014 r. wynosiło 15.272,0 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 4, 45)

1.7. W latach 2011 i 2012 Szpital realizował według umów zawartych z NFZ pięć rodzajów świadczeń: Leczenie Szpitalne, Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (przychodnie), Świadczenia Zdrowotne Kontraktowane Odrębnie (tlenoterapia), Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (tomografia komputerowa) oraz Rehabilitacja Lecznicza.

Od 2013 r. rozpoczęto realizację dwóch kolejnych świadczeń: Leczenia Szpitalnego – Programy Lekowe oraz Profilaktycznych Programów Zdrowotnych.

Ogółem wykonanie kontraktów wyniosło w 2011 r. – 48.301,4 tys. zł (99,88%), 2012 r. – 50.748,5 tys. zł (99,06%), 2013 r. – 52.295,5 tys. zł (99,71%) oraz w 2014 r. (I półrocze) – 28.651,9 tys. zł (107,51%).

Świadczeniem generującym około 96% przychodów Szpitala ogółem było *Leczenie Szpitalne*, gdzie wykonano kontrakt w 2011 r. – 46.451,4 tys. zł (99,3%), 2012 r. – 48.543,3 tys. zł (98,5%), 2013 r. – 49.879,0 tys. zł (99,5%) oraz 2014 r. (I półrocze) – 27.236,1 tys. zł (107,3%).

Łączne przychody uzyskane z działalności leczniczej przez oddziały Szpitala wynosiły również około 96% przychodów Szpitala ogółem. Najniższe wykonanie kontraktu wystąpiło w Oddziale VIII Chirurgii Klatki Piersiowej w 2014 r. (I półrocze) – 5.564,4 tys. zł (97,4%), natomiast najwyższe w Oddziale VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej także w 2014 r. (I półrocze) – 3.931,7 tys. zł (112,76%). (dowód: akta kontroli str. 48-53)

1.8. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że *kierownictwo Szpitala dokonywało systematycznych analiz kosztów pracy. Podstawą do przeprowadzenia analiz były dane z Sekcji Płac. Analizie poddawano wszystkie składniki płacowe. W przypadku występujących niekorzystnych tendencji, prowadzone były analizy szczegółowe w zakresie danej grupy zawodowej lub komórki organizacyjnej. Wnioski z analiz były realizowane i mają potwierdzenie w dokumentach kadrowych i płacowych (zmiany stanowisk, zmiany w uposażeniu poszczególnych pracowników).*

W przypadku składanych przez pracowników wniosków o podwyżki wynagrodzeń, analizie poddawane są uposażenia pracowników zatrudnionych na takich samych stanowiskach pracy, wykonujących takie same czynności.

W programie naprawczym na 2013 r. znalazły się działania mające na celu zmniejszenie kosztów wynagrodzeń. Zaplanowane działania w tym zakresie zostały zrealizowane w 268,2%. Według wyjaśnienia analizy kosztów pracy są przeprowadzane na podstawie sporządzanych co miesiąc zestawień wynagrodzeń w rozbiciu na poszczególne miesiące danego roku oraz składniki wynagrodzeń.

Do wyjaśnienia załączono zestawienie wynagrodzeń w rozbiciu na poszczególne miesiące oraz rodzaje składników wynagrodzeń za osiem miesięcy 2014 r. Innych dokumentów dotyczących przedmiotowego zagadnienia Szpital nie posiadał. (dowód: akta kontroli str.392-393)

1.9. Na koniec czerwca 2014 r. w komórkach udzielających świadczeń zdrowotnych Szpital zatrudniał 454,67 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty. W porównaniu do poprzednich okresów objętych kontrolą liczba ta nie ulegała istotnym zmianom. Na koniec 2011 r. zatrudnienie w ww. komórkach wynosiło 454,91 pracowników. Struktura zatrudnienia na 31 grudnia 2011 oraz 30 czerwca 2014 r. przedstawiała się następująco:

- lekarze – 68,91 oraz 70,84 – wzrost o 1,93 etatu (2,8%);
- inni z wyższym wykształceniem – 28,00 oraz 25,57 – spadek o 2,43 etatu (8,7%)
- pielęgniarki – 279,50 oraz 268,50 – spadek o 11,00 etatów (3,9%);
- pozostały personel medyczny ze średnim wykształceniem – 48,00 oraz 48,00;
- niższy personel medyczny – 2,00 oraz 2,00;
- sekretarki medyczne – 18,00 oraz 22,00 – wzrost o 4,00 etaty (22,2%)
- obsługa – 10,50 oraz 18,00 – wzrost o 7,50 etatu (71,4%).

W komórkach administracyjnych w latach 2011 – 2013 nastąpił spadek zatrudnienia z 72 do 52,5 etatów, tj. o 19,5 etatów (37,1%). Zatrudnienie na koniec czerwca 2014 r. wynosiło 69,5 etatu. Wzrost zatrudnienia nastąpił z powodu przejęcia w struktury Szpitala sekcji technicznej (18,5 etatu), która poprzednio świadczyła od 2012 r. usługi jako podmiot zewnętrzny. (dowód: akta kontroli str. 54-65)

1.10. Szpital zatrudniał na kontraktach medycznych lekarzy, natomiast nie zatrudniano na kontraktach pielęgniarek.

Liczba lekarzy zatrudnionych na kontraktach medycznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych na 31 grudnia 2011 r. oraz 30 czerwca 2014 r. przedstawiała się następująco:

- Izba Przyjęć – 1 oraz 2 osoby;
- Oddział I Pulmonologiczny – 1 oraz 0 osób;
- Oddział IV Pulmonologiczno – Alergologiczny – 0 oraz 1 osoba;
- Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii – 1 oraz 0 osób;
- Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 7 oraz 7 osób;
- Oddział VII Urologiczny – 0 oraz 5 osób;
- Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej – 5 oraz 4 osoby;
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 5 oraz 17 osób;

- Dział Diagnostyki Obrazowej – 3 oraz 6 osób;
- Przychodnia ul. Jagiellońska 72 Kielce – 5 oraz 5 osób;
- Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 0 oraz 5 osób.

Łącznie liczba lekarzy zatrudnionych na kontraktach medycznych na koniec 2011 r. wynosiła 28 osób i wzrosła do stanu na 30 czerwca 2014 r. do 52 osób, tj. o 24 osoby (85,7%).

W przeliczeniu na pełne etaty zatrudnienie lekarzy kontraktowych wyniosło:

- Izba Przyjęć – 2,50 oraz 2,50 etatu;
- Oddział I Pulmonologiczny – 0,25 oraz 0 etatu;
- Oddział IV Pulmonologiczno – Alergologiczny – 0,00 oraz 0,50 etatu;
- Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii – 1,00 oraz 0,00 etatu;
- Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 7,00 oraz 7,00 etatów;
- Oddział VII Urologiczny – 0,00 oraz 5,00 etatów;
- Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej – 5,00 oraz 4,00 etaty;
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 9,59 oraz 15,50 etatów;
- Dział Diagnostyki Obrazowej – 2,50 oraz 4,45 etatów;
- Przychodnia ul. Jagiellońska 72 Kielce – 2,50 oraz 3,00 etatów;
- Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 0,00 oraz 5,00 etatów.

Łącznie liczba lekarzy zatrudnionych na kontraktach medycznych w przeliczeniu na pełne etaty koniec grudnia 2011 r. wynosiła 30,34 etatów i wzrosła do stanu na koniec czerwca 2014 r. do 46,95 etatów, tj. o 16,61 etatów (54,7%).

Ponadto zatrudniono na umowach kontraktowych lekarzy konsultantów, nie przypisanych do żadnego oddziału. Na koniec grudnia 2011 r. liczba tych lekarzy wynosiła 9 osób. Natomiast na koniec czerwca 2014 r. 7 osób. (dowód: akta kontroli str. 54-66)

1.11. Według informacji uzyskanych od Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych *głównymi przesłankami decydującymi o wyborze zatrudnienia w formie umów cywilno-prawnych był deficyt kadry medycznej; brak specjalistów chętnych do pracy na umowę o pracę, szczególnie w dziedzinach zabiegowych. Ponadto część lekarzy była zatrudniona na umowach cywilnoprawnych wcześniej i po upływie okresu obowiązywania umów, lekarze nie wyrazili zgody na zmianę formy zatrudnienia.*

Nie podjęcie tego typu działań tzn. zatrudnienie lekarzy w oparciu o umowę cywilno-prawną mogło skutkować brakiem spełnienia wymagań NFZ w zakresie obsady kadrowej i nie uzyskaniem przez Szpital kontraktu. (dowód: akta kontroli str. 67)

1.12. Na 30 czerwca 2014 r. w Szpitalu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 76 lekarzy. Bez specjalizacji zatrudnionych było 21 lekarzy, z tego w wieku poniżej 35 lat 20 osób od 35 do 44 lat – jedna.

Spośród 55 zatrudnionych lekarzy specjalistów, w wieku poniżej 35 lat zatrudniona była jedna osoba, od 35 do 44 lat – 19 osób, od 45 do 54 lat – 23 osoby; od 55 do 64 lat – 10 osób oraz od 65 i więcej lat – dwie osoby.

Na 30 czerwca 2014 r. w Szpitalu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 269 pielęgniarek i położnych. Bez specjalizacji zatrudnionych było 170, z tego w wieku poniżej 35 lat – 25, od 35 do 44 – 71, od 45 do 54 – 58 oraz od 55 do 64 – 16.

Spośród 99 zatrudnionych pielęgniarek i położnych specjalistek, w wieku do 35 lat zatrudnione były dwie osoby, od 35 do 44 – 44, od 45 do 54 – 43 oraz od 55 do 64 – 10. (dowód: akta kontroli str. 69)

1.13. Szpital zatrudniał w oddziałach przeważnie po dwie osoby na stanowisku sekretarek medycznych. W okresie objętym kontrolą nastąpił wzrost ich zatrudnienia z 18 w 2011 r. do 22 osób na koniec czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 54-63,68)

1.14. Analiza 14 losowo wybranych umów cywilnoprawnych z lekarzami wykazała, że przedmiotowe umowy zawierały precyzyjnie określone obowiązki osób wykonujących usługi lecznicze, zawierały także czasowy zakres ich zaangażowania, rodzaj wykonywanych świadczeń i miejsce ich wykonywania. Każda z badanych umów zawierała również jasno określone zasady ustalania wynagrodzenia. (dowód: akta kontroli str. 70-71)

1.15. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2014 r. w poszczególnych grupach pracowników kształtowało się następująco.

Wśród pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę najwyższe wynagrodzenia występowały wśród lekarzy. Znaczącą pozycją wynagrodzeń było wynagrodzenie za dyżury. Przykładowo przeciętne wynagrodzenie alergologów bez dyżurów wynosiło 8,5 tys. zł z dyżurami 14,6 tys. zł, chorób płuc odpowiednio 5,8 tys. zł oraz 10,4 tys. zł

Lekarze zatrudnieni na podstawie kontraktów otrzymywali średnie wynagrodzenie za usługi świadczone w dziedzinie chirurgii 6,6 tys. zł, chirurgii klatki piersiowej 16,2 tys. zł, natomiast za dyżury w powyższych specjalizacjach odpowiednio średnio 5,2 tys. zł oraz 5,5 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 72-74)

1.16. W Szpitalu obowiązuje regulamin wynagradzania przyjęty w 2008 r. Zapisano w nim m.in., że wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi pracy i kwalifikacjom wymagany przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Ustalono, że wynagrodzenie pracowników składa się z wynagrodzenia zasadniczego oraz dodatków. Wynagrodzenie zasadnicze uzależnione jest od posiadania kwalifikacji i stażu pracy, złożoności oraz osiągniętych wyników pracy. Wynagrodzenie zasadnicze może mieć postać stawki miesięcznej lub godzinowej. Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach kierowniczych oraz wyznaczonych decyzją Dyrektora do pełnienia zastępstwa na stanowisku kierowniczym przysługuje dodatek funkcyjny określony wskaźnikiem procentowym od miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Pracownikom może być przyznany dodatek specjalny za realizację dodatkowych zadań znacznie wykraczających poza zakres obowiązków lub na czas sprawowania określonej funkcji dodatkowej. Pracownikom wykonującym pracę w porze nocnej, oraz zatrudnionym w systemie pracy zmianowej przysługują odpowiednie dodatki. Pracownikom przysługują również dodatki za wysługę lat.

Regulamin przewiduje, iż w ramach środków na wynagrodzenia osobowe, może być tworzony Fundusz Premiowy z przeznaczeniem na premie za wykonywanie przez pracowników określonych zadań. Dysponentem środków funduszu premiowego jest Dyrektor Szpitala.

W regulaminie zawarto również zasady przyznawania dodatków za posiadanie stopnia lub tytułu naukowego, nagród jubileuszowych, nagrody rocznej z zysku oraz odprawy emerytalnej.

Regulamin wynagradzania nie zawiera uregulowań uzależniających wysokość wynagrodzeń od wyniku finansowego komórki, w której pracownik był zatrudniony. (dowód: akta kontroli str. 75-88)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła w tej sprawie, że w przypadku umów cywilno-prawnych można uznać, że na wysokość wynagrodzenia wpływa efektywność pracy ponieważ wynagrodzenie jest uzależnione od wypracowanego przychodu przez lekarza zatrudnionego w danej komórce realizującej kontrakt.

Personel zatrudniony w oparciu o umowy o pracę otrzymuje wynagrodzenie, które jest uzależnione od stopnia posiadanych przez danego pracownika kwalifikacji i specjalizacji.

Wynagrodzenia pracowników ze specjalizacjami deficytowymi są wyższe niż pozostałych pracowników w tej samej grupie zawodowej z uwagi na braki kadrowe w tym zakresie i konieczność spełnienia wymagań NFZ.

Niezależnie od powyższego wynagrodzenia personelu są poniżej średniej płacy w województwie w odniesieniu do wszystkich specjalności. (dowód: akta kontroli str. 68)

1.17. Zgodnie z § 46a regulaminu organizacyjnego Szpitala oddziałem, działem oraz wojewódzką przychodnią specjalistyczną Szpitala kieruje Kierownik. W związku z powyższym Dyrektor Szpitala nie był zobowiązany do przeprowadzania na stanowiska kierowników oddziałów konkursów w świetle art. 49 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³ oraz według procedur określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą⁴. (dowód: akta kontroli str. 89-90)

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 182

Na stanowiska kierowników pięciu oddziałów przeprowadzono postępowania konkursowe według zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 25/2008 z 9 października 2008 r. w sprawie: postępowania konkursowego na stanowiska kierownika oddziału/działu, koordynatora medycznego, pielęgniarki koordynującej oraz inne stanowiska, na które dokonywany jest wybór kandydata. W § 4 przedmiotowego zarządzenia zawarto zapis, że *powyższe postępowanie konkursowe nie jest procedurą obligatoryjną, z której pracownicy mogą wywodzić skutki prawne.*

W jednym przypadku funkcja kierownika oddziału sprawowana jest na podstawie kontraktu, w dwóch przypadkach jako powierzenie dodatkowych czynności przez Dyrektora Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 91-103)

Strukturę wynagradzania kierowników oddziałów, ich zastępców oraz starszych asystentów zbadano na przykładzie 2013 r. Powyższe osoby zatrudniano w oparciu o umowę o pracę lub na podstawie kontraktów.

Wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę składały się z dwóch części. Pierwsza z nich to składniki stałe, do których wchodziły: wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie/zasiłek chorobowy, wysługa (dodatek stażowy), dodatek funkcyjny, inne dodatki stałe (naukowy, za dodatkową funkcję itp.). Natomiast do składników zmiennych zaliczano: dyżur medyczny stacjonarny, dyżur medyczny pod telefonem, zwrot kosztów wezwania, średnią urlopową (ze zmiennych składników), nagrody jubileuszowe, premię uznaniową. (dowód: akta kontroli str. 92)

1) Struktura wynagrodzenia kierowników oddziałów:

Pośród ośmiu funkcjonujących oddziałów kierownicy siedmiu oddziałów zatrudnieni byli na podstawie umowy o pracę. Roczne ich wynagrodzenia wynosiły od 73,4 tys. zł do 204,1 tys. zł. Składniki stałe stanowiły od 53% do 86,7% ogółu wynagrodzeń.

Roczne wynagrodzenie kierownika oddziału zatrudnionego na podstawie kontraktu wynosiło za świadczenie usług medycznych 217,1 tys. zł oraz za pełnienie dyżurów kontraktowych 62,1 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 93-104)

2) Struktura wynagrodzenia zastępców kierowników oddziałów.

W siedmiu oddziałach występowały stanowiska zastępców kierowników oddziałów. W czterech sprawowali oni funkcję w oparciu o umowę o pracę. Roczne ich wynagrodzenia wynosiły od 56,5 tys. zł do 184,0 tys. zł. Składniki stałe stanowiły od 64,6% do 89,1% wynagrodzeń.

Roczne wynagrodzenia zastępców kierowników zatrudnionych na podstawie kontraktów wynosiły za świadczenie usług medycznych od 111,6 tys. zł do 226,8 tys. zł oraz z tytułu pełnionych dyżurów od 66,9 tys. zł do 111,6 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 93-103, 105)

3) Struktura wynagrodzenia starszych asystentów.

W oparciu o umowę o pracę zatrudnionych było 26 starszych asystentów. Średnie ich wynagrodzenie wynosiło od 64,8 tys. zł do 121,1 tys. zł. Składniki stałe stanowiły od 46,2% do 83,4% wynagrodzeń.

Na podstawie umów kontraktowych zatrudnionych było siedem osób. Roczne ich wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych wynosiło od 88,8 tys. zł do 120,3 tys. zł oraz z tytułu pełnionych dyżurów do 17,2 tys. zł do 64,8 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 93-103, 106)

1.18. Wśród starszych asystentów zatrudnionych na umowę o pracę nie stwierdzono znacznych różnic (kominów płacowych) w zakresie części wynagrodzeń dotyczących składników stałych. Za 2013 r. w poszczególnych oddziałach kształtowały się one od 47,7 tys. zł do 63,2 tys. zł

Analiza rocznych wynagrodzeń dwóch starszych asystentów zatrudnionych na podstawie kontraktów w Oddziale VIII Chirurgii Klatki Piersiowej, którzy uzyskali przychody w 2013 r. ze świadczenia usług medycznych – 102,2 tys. zł oraz 171,7 tys. zł wykazała, że ich wynagrodzenie uzależnione było od czasu i wydajności pracy (wypracowanych punktów).

W pierwszym przypadku roczne wynagrodzenie za czas przepracowany wyniosło 47,6 tys. zł a za wypracowane punkty 54,6 tys. zł, natomiast w drugim odpowiednio 47,6 tys. zł oraz 124,1 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 108-109)

1.19. Zarząd Zakładowej Organizacji Związkowej 2 maja 2013 r. podjął uchwałę w sprawie przedstawienia Dyrekcji Szpitala postulatów personelu pielęgniarskiego. Pismem z 8 maja 2013 r. postulaty te zostały skierowane do Dyrektora Szpitala. Postulaty dotyczyły wzrostu wynagrodzeń, zapewnienia minimalnej normy zatrudnienia na każdej zmianie, poprawy warunków BHP. Pismem z 17 maja 2013 r. Dyrektor Szpitala udzielił odpowiedzi przewodniczącej organizacji związkowej, z którego wynikało, że w Szpitalu zapewnione są minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek oraz przestrzegane przepisy BHP. Nie wyraził jednak zgody na wzrost wynagrodzeń, z uwagi na trudną sytuację finansową Szpitala. Dyrektor Szpitala 21 maja 2013 r. zawiadomił Państwową Inspekcję Pracy o wszczęciu sporu zbiorowego. (dowód: akta kontroli str.110-120)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że *lekarze ze specjalizacjami deficytowymi (anestezjologowie, torakochirurdzy, radiolodzy permanentnie domagają się wyrównania wynagrodzeń do średniej płacy, jaką mają pozostałe szpitale w województwie świętokrzyskim. Żądania płacowe poszczególnych grup zawodowych nie są w pełni zaspokajane. Presja wywierana na dyrekcję w badanym okresie nie wpływała na prowadzoną przez Szpital działalność leczniczą.* (dowód: akta kontroli str. 391)

1.20. W okresie objętym kontrolą Szpital wypłacał terminowo wynagrodzenia z tytułu umów o pracę. Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń wobec pracowników na koniec poszczególnych okresów obrachunkowych wynosiły: 2011 r. – 1.295,1 tys. zł; 2012 r. – 1.273,4 tys. zł; 2013 r. – 1.234,1 tys. zł, 2014 r. (I półrocze) – 1.402,9 tys. zł i wynikały z obowiązującej przez Szpital zasady, iż wypłata wynagrodzeń za dany miesiąc następuje w terminie do dnia 10 następnego miesiąca. (dowód: akta kontroli str.121)

W latach 2011-2014 (I półrocze) terminowo odprowadzono pochodne od wynagrodzeń. Występujące zobowiązania wymagalne na koniec 2011 r. – 7.651,2 tys. zł i 2012 r. – 6.720,9 tys. zł dotyczyły zaległości wobec tytułu ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych i Funduszu Pracy za okresy poprzednie i zostały postanowieniami Dyrektora Oddziału ZUS w Kielcach zwolnione z egzekucji, a następnie ich spłata została rozłożona na raty. (dowód: akta kontroli str. 4,122-147)

1.21. Szpital dysponował na dziewięciu oddziałach następującą liczbą łóżek w: 2011 r. – 376; 2012 r. – 352; 2013 – 348; 2014 r. (I półrocze) – 362. Liczba leczonych pacjentów przez oddziały szpitalne wynosiła w poszczególnych latach odpowiednio 15.409 osób; 16.003; 16.008; 8.507. Ponadto pacjenci leczenia byli również w poradniach specjalistycznych w: 2011 r. – 23.389 osób, 2012 r. – 21.281, 2013 r. – 22.270, 2014 r. (I półrocze) – 12.349. (dowód: akta kontroli str. 148-149)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że w badanym okresie Szpital zrezygnował z udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej na Oddziale III Rehabilitacji Pulmonologicznej z powodu rezygnacji z pracy lekarza – specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Z powodu tej rezygnacji Szpital nie spełniał warunków wymaganych do udzielania świadczeń z tego zakresu.

Ponadto poza ww. przyczyną, za zamknięciem oddziału przemawiały względy ekonomiczne. Strata za 9 miesięcy 2012 r. wyniosła ponad 600 tys. zł.

Po zamknięciu oddziału pacjenci wymagający rehabilitacji oddechowej kontynuowali proces leczniczy poprzez realizację procedur w Dziale Rehabilitacji Medycznej Szpitala.

Rezygnacja Szpitala ze świadczenia usług na Oddziale III Rehabilitacji Pulmonologicznej nie spowodowała zwiększenia liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej. (dowód: akta kontroli str.150)

1.22. W celu pozyskania brakującego personelu medycznego kierownictwo Szpitala wysyłało ogłoszenia do Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, umieszczało ogłoszenia w prasie np. w dodatku „praca” do Gazety Wyborczej w wersji papierowej i internetowej, publikowano ogłoszenia na stronie internetowej Szpitala, ogłaszano konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umów cywilnoprawnych, pozyskiwano lekarzy zatrudnionych w innych szpitalach, poleconych przez lekarzy pracujących w Szpitalu. Niedobór specjalistów dotyczył m.in. radiologów i anestezjologów (tj. specjalistów bez których nie byłoby możliwe zapewnienie realizacji kontraktów z NFZ).

Z powyższego wynika, że działania te miały szerszy zasięg niż lokalny, z uwagi na publikację ogłoszeń w prasie ogólnokrajowej oraz w internecie.

Skutkiem tych działań było zatrudnienie lekarzy radiologów i anestezjologów w ramach umów cywilnoprawnych oraz zatrudnienie lekarzy ortopedów w ramach umowy o pracę.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że *w odniesieniu do specjalizacji deficytowych na ogłoszenia o zatrudnieniu i proponowane wynagrodzenie na poziomie średniej płacy w Szpitalu brak było odpowiedzi ze strony lekarzy. W związku z tym Szpital musiał zatrudnić specjalistów deficytowych proponując im wyższe wynagrodzenie. Niemniej jest ono niższe niż średnie wynagrodzenie specjalistów w województwie świętokrzyskim. Efekt ekonomiczny dla Szpitala jest widoczny w postaci umów zawartych z NFZ, które bez odpowiedniego zaplecza kadrowego byłoby niemożliwe do realizacji, co wiązałoby się z utratą znacznego przychodu.* (dowód: akta kontroli str.152-159)

1.23. W związku z likwidacją stanowisk pracownikom powierzono inne zadania, przykładowo zlikwidowano stanowisko pielęgniarki koordynującej ds. opieki paliatywnej i promocji zdrowia – pracownikowi powierzono obowiązki na stanowisku pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego. Zlikwidowano stanowisko kierownika działu marketingu i sprzedaży, pracownikowi powierzono stanowisko starszego specjalisty ds. rozliczeń z NFZ.

W ramach realizacji programu naprawczego pracownicy gospodarczy zatrudnieni w dziale administracyjno-technicznym zostali przeniesieni do pracy w oddziałach szpitalnych, a z trzema rozwiązano stosunek pracy.

W związku z likwidacją pielęgniarstwa zespołu stałych zastępców oraz pielęgniarstwa zespołu rezerwowych zastępców rozdysponowano personel pielęgniarstwa ze zlikwidowanych komórek do oddziałów.

W związku z wejściem w życie zapisów ustawy o działalności leczniczej w zakresie wydłużenia czasu pracy elektroradiologów, powstała nadwyżka personelu rtg. Szpital nie planuje zwolnień w tej grupie zawodowej, lecz zapewnienie stałego zabezpieczenia na Bloku Operacyjnym w zakresie wykonywania zdjęć rtg. (dowód: akta kontroli str. 357-358)

1.24. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą Szpital poniósł koszty z tytułu finansowania nadgodzin w wysokości 43.930 zł, z tego w: 2011 r. – 14.344 zł, 2012 r. – 24.041 zł, 2013 – 4.147 zł oraz 2014 r. (I półrocze) – 1.398 zł.

Największy udział w kosztach nadgodzin w kwocie 31.136 zł (70,8%) dotyczył pracowników ekonomicznych z tytułu dodatkowych prac związanych z przygotowaniem materiałów do badania sprawozdań finansowych, porządkowania akt osobowych i archiwum, rozliczaniu ugody przedsądowej, składania ofert konkursowych.

Ponadto nadgodziny występowały w grupie zawodowej, lekarzy – 223 zł, pielęgniarek – 2.048 zł, pozostałego personelu medycznego – 5.049 zł oraz personelu innego z wyższym wykształceniem – 5.474 zł. (dowód: akta kontroli str. 221)

1.25. W okresie objętym kontrolą występowały przypadki pełnienia dyżurów medycznych, na podstawie umowy cywilnoprawnej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Dyżury na podstawie umowy cywilnoprawnej pełnili lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę na:

- Oddziale VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej trzech lekarzy w: 2011 r. – za wynagrodzenia w kwocie 255,7 tys. zł; 2012 r. – za 231,9 tys. zł; 2013 r. – za 182,2 tys. zł; 2014 r. (I półrocze) – za 142,0 tys. zł;
- Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w: 2011 r. – dwóch lekarzy za 74,2 tys. zł; 2012 r. – jeden lekarz za kwotę 62,2 tys. zł; 2013 r. - trzech lekarzy za 177,6 tys. zł; 2014 r. (I półrocze) – trzech lekarzy za 153,4 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 221)

Analiza kart ewidencji czasu pracy sześciu lekarzy za czerwiec 2014 r., którzy pełnili dyżury na podstawie umów cywilnoprawnych oraz rachunków za pełnione dyżury za ten sam okres czasu wykazała, że na 35 pełnionych dyżurów po 27 z nich nie było zachowanej 11 godzinnej przerwy na odpoczynek, zgodnie wymogami art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. (dowód: akta kontroli str. 222-240)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła m.in., w tej sprawie, że umowy cywilnoprawne o których mowa były zawierane przez Szpital w wyniku konkursu ofert na świadczenie usług medycznych w trybie art. 27 ustawy o działalności leczniczej. W wyniku takiego konkursu oferty mogą zgłosić nie tylko podmioty lecznicze, ale także lekarze prowadzący indywidualne praktyki lekarskie. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Szpital podpisuje umowę o świadczenie usług z przedsiębiorcą medycznym (praktyką lekarską).

Umowa zawarta z podmiotem wyłonionym w drodze konkursu ma charakter umowy handlowej i nie stwarza dla Szpitala ograniczeń w zakresie norm czasu pracy – normy ograniczające czas pracy stosuje się wobec osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, a nie zleceńoborców (dowód: akta kontroli str. 359)

1.26. Zadania w zakresie żywienia chorych, usług pralniczych oraz sprzątania były realizowane przez podmioty zewnętrzne. W okresie badanym ponoszono z tego tytułu następujące koszty:

- 1) W 2011 r. – 3.823,6 tys. zł, z tego: żywienie chorych – 1.572,7 tys. zł; sprzątanie – 2.000,8 tys. zł; usługi pralnicze – 250,1 tys. zł.
- 2) W 2012 r. – 3.732,7 tys. zł, z tego: żywienie chorych – 1.604,5 tys. zł; sprzątanie – 1.838,5 tys. zł; usługi pralnicze – 289,7 tys. zł.
- 3) W 2013 r. – 3.959,6 tys. zł, z tego: żywienie chorych – 1.886,9 tys. zł; sprzątanie – 1.767,9 tys. zł; usługi pralnicze – 304,8 tys. zł.
- 4) W 2014 r. (I półrocze) – 1.758,4 tys. zł, z tego: żywienie chorych – 635,6 tys. zł; sprzątanie – 964,8 tys. zł; usługi pralnicze – 158,0 tys. zł.

Główna Księgowa Jadwiga Głowacka wyjaśniła, że w okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał własnych pracowników, którzy mogliby te zadania realizować. (dowód: akta kontroli str. 151)

1.27. Szpital poniósł koszty związane z pozostawianiem pracowników w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. dyżurów pod telefonem w kwocie 263,2 tys. zł, z tego w latach: 2011 – 62,1 tys. zł, 2012 – 61,7 tys. zł, 2013 – 100,7 tys. zł oraz 2014 (I półrocze) – 38,6 tys. zł. Koszty te dotyczyły przede wszystkim oddziałów:

- Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 81,9 tys. zł, z tego w latach: 2011 – 15,8 tys. zł, 2012 – 16,3 tys. zł, 2013 – 41,6 tys. zł, 2014 (I półrocze) – 8,3 tys. zł;
- VII Urologicznego – 85,1 tys. zł, z tego w latach: 2011 – 46,3 tys. zł, 2012 – 38,8 tys. zł;
- VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 95,1 tys. zł, z tego w latach: 2012 – 5,7 tys. zł, 2013 – 59,1 tys. zł, 2014 (I półrocze) – 30,3 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 360-382)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że *głównymi przesłankami prowadzenia powyższej formy dyżurów było zapewnienie prawidłowego zabezpieczenia pacjenta oraz zapewnienie standardów leczenia określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą*⁵. (dowód: akta kontroli str. 360)

1.28. W Szpitalu lekarze rezydenci oraz w trakcie specjalizacji pełnią dyżury na czterech oddziałach oraz Bloku Operacyjnym. Obowiązek pełnienia dyżurów przez ww. wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów⁶. Zgodnie z § 13.1. rozporządzenia *formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują w szczególności: pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji.*

Z przeprowadzonej symulacji dyżuru na Oddziale Urologii za maj 2014 r., gdzie porównano koszty dyżuru stacjonarnego zwykłego (16,25 ha) oraz świątecznego (24 ha) prowadzonego przez lekarza specjalistę II stopnia z kosztami dyżuru lekarza rezydenta łącznie ze specjalistą II stopnia pełniącym dyżur pod telefonem wynika, że:

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 15

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 26

- koszt dyżuru pełnionego przez specjalistę II stopnia wynosi: zwykłego – 830,43 zł; świątecznego – 1.345,77 zł;
- koszt dyżuru pełnionego przez rezydenta wraz z dyżurem specjalisty II stopnia pod telefonem wynosi: zwykłego – 780,23 zł; świątecznego – 1.255,08 zł.
- koszt dyżuru pełnionego przez rezydenta wraz z dyżurem specjalisty II stopnia pod telefonem z wezwaniem go do Szpitala wynosi: zwykłego – 905,57 zł; świątecznego – 1.427,56 zł.

W okresie styczeń – czerwiec 2014 r. podczas pełnienia dyżuru przez lekarzy rezydentów specjalistę pełniącego dyżur pod telefonem wezwano trzykrotnie. (dowód: akta kontroli str.48-53)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Pomimo iż NIK nie stwierdza formalnej nieprawidłowości w podejmowania przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, dyżurów na podstawie umowy cywilnoprawnej bez zachowania 11 godzinnej przerwy na odpoczynek, to należy zauważyć, że przystępowanie lekarzy do pracy bez odpoczynku po odbytych przez nich dyżurach, może stwarzać ryzyko wykonywania przez nich działalności leczniczej w sposób niewłaściwy.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność jednostki w badanym obszarze.

2. Spełnianie wymogów wynikających z kontraktów z NFZ dotyczących zatrudnienia personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

2.1. Spełnianie wymogów wynikających z kontraktów z NFZ dotyczących zatrudnienia personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych zbadano na podstawie wykonania wybranych kontraktów w: Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej, Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

1) Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej – 2013 r.

W załączniku nr 2 do umowy z dnia 2 lutego 2012 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, zawartym z NFZ Oddział Świątokrzyski - „harmonogram zasoby” wymieniono 32 pielęgniarki oraz sześciu lekarzy. (dowód: akta kontroli str. 160-176)

Na Oddziale pracuje faktycznie 31 pielęgniarek wyszczególnionych w ww. załączniku nr 2 do umowy. Pielęgniarka, która nie pracuje została aneksem nr 02-ZP do umowy usunięta z personelu z dniem 01.01.2013 r. Ponadto aneksem nr 10-ZP do umowy jednej pielęgniarki (MM) zmieniono kompetencje poprzez dopisanie – „kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo nefrologiczne”.

Na Oddziale pracuje faktycznie siedmiu lekarzy, z tego sześciu wyszczególnionych w załączniku nr 2 do umowy oraz jedna osoba (CA), lekarz w trakcie specjalizacji, aneksem nr 13-ZP dodana do personelu lekarzy od dnia 27 listopada 2013 r.

Świadczenia były udzielane zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy – w miejscu na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej, w czasie całodobowo. (dowód: akta kontroli str. 177-179)

2) Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii – 2013 r.

W załączniku nr 2 do umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, zawartym z NFZ Oddział Świątokrzyski - „harmonogram zasoby” wymieniono 25 pielęgniarek oraz 11 lekarzy. (dowód: akta kontroli str. 180-195)

Na Oddziale pracuje faktycznie 25 pielęgniarek wyszczególnionych w ww. załączniku nr 2 do umowy.

Na Oddziale pracuje faktycznie 14 lekarzy, z tego 11 wyszczególnionych w załączniku do umowy oraz czterech zgłoszonych stosownymi aneksami do umowy.

Świadczenia były udzielane zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy – w miejscu na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, w czasie całodobowo. (dowód: akta kontroli str. 196-199)

3) Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc - 2013 r.

W załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna wymieniono cztery pielęgniarki oraz czworo lekarzy.

W poradni pracują faktycznie cztery pielęgniarki oraz czworo lekarzy wyszczególnionych w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia były udzielane zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy w godzinach od 8 do 14 od poniedziałku do piątku, za wyjątkiem wtorku, kiedy udzielano świadczeń w godzinach od 8 do 18. Adres i miejsce udzielania świadczeń Kielce ul Jagiellońska 72. (dowód: akta kontroli str. 200-210)

2.2. Wszystkie świadczenia realizowane przez podwykonawców wykonywane były w ich siedzibach, przy użyciu ich zasobów personalnych i sprzętowych. Pacjenci wymagający wykonania badań radiologicznych poza Szpitalem przewożeni byli karetkami do siedziby podwykonawcy. Badania laboratoryjne wykonywane przez podwykonawców przygotowywane były zgodnie z zaleceniami podwykonawców i przesyłane do ich laboratoriów. Odpowiednio zabezpieczony materiał był przekazywany pracownikowi szpitala odpowiedzialnemu za transport. (dowód: akta kontroli str. 179)

2.3. W okresie objętym kontrolą Szpital miał podpisane umowy o świadczenie usług medycznych z 17 podwykonawcami. Usługi medyczne świadczyło Szpitalowi 16 podwykonawców. Koszty tych usług wynosiły w poszczególnych latach: 2011 – 914,1 tys. zł, 2012 – 907,1 tys. zł; 2013 – 719,4 tys. zł oraz 2014 r. (I półrocze) – 343,2 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 211-218)

2.4. Spośród 17 podwykonawców z którymi zawarto umowy na wykonywanie usług medycznych, w załączniku nr 3 do umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załączniku nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyszczególnionych zostało łącznie sześciu podwykonawców. (dowód: akta kontroli str. 209,211)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych w załącznikach do umów zamieszczono podwykonawców z którymi zawarto umowy niezbędne do spełnienia warunków koniecznych do zawarcia umowy z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego jak również ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Natomiast z pozostałymi 11 podwykonawcami zawarto umowy w celu zabezpieczenia ciągłości pełnej diagnostyki i leczenia pacjentów Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 219-220)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność jednostki w badanym obszarze.

3. Zasady organizacji i przestrzegania norm czasu pracy

Opis stanu
faktycznego

3.1. Okres rozliczeniowy zatrudnionych pracowników określono w Regulaminie Pracy Szpitala .

Zgodnie z § 33 Regulaminu czas pracy pracowników zatrudnionych w Szpitalu w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym z zastrzeżeniem, że czas pracy cytodiagnostyków, radiologów, patomorfologów i techników elektroradiologii, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekroczyć 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień (od 2 lipca 2014 r. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień). Czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekroczyć 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

Według § 34 Regulaminu okres rozliczeniowy obejmuje trzy miesiące. W szczególnie uzasadnionych przypadkach może on być przedłużony nie więcej jednak niż cztery miesiące. W przyjętym okresie rozliczeniowym czas pracy nie może przekroczyć liczby

godzin wynikających z pomnożenia normy dobowej czasu pracy określonego w § 33 Regulaminu przez liczbę kalendarzowych dni pracy roboczych.

Według § 35 Regulaminu jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jego organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę.

W § 38 Regulaminu ustalono, że lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Czas pełnienia dyżuru wlicza się do czasu pracy. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie w jakim przekraczać będzie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być, po wyrażeniu zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy w tym przypadku nie może trwać dłużej niż cztery miesiące.

Zgodnie z art. 38a Regulaminu pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin odpoczynku dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy w zakładzie, pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. (dowód: akta kontroli str. 241-265)

3.2. Na podstawie losowo wybranej grupy 10 lekarzy udzielających w 2014 r. świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że nie występowały sytuacje udzielania świadczeń zdrowotnych w tym samym miejscu i tego samego rodzaju na podstawie kilku stosunków prawnych. Z badanej próby ośmiu lekarzy było zatrudnionych w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony z wymiarem czasu pracy 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Ponadto osoby te były zatrudnione przez Szpital na podstawie umów cywilnoprawnych z jako prowadzącymi działalność gospodarczą, z tego: z pięcioma osobami w zakresie pełnienia dyżurów; z jedną świadczenia usług zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem Szpitala wentylowanym mechanicznie w domu oraz kompletnego opisywania badań polisomnograficznych, jedną kompletnego opisywania badań polisomnograficznych oraz jedną opieki nad pacjentem Szpitala wentylowanym mechanicznie w domu.

Dwóch lekarzy zatrudnionych było wyłącznie na podstawie umów cywilnoprawnych.

Jeden w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich oraz udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii na rzecz pacjentów leczonych w Poradni Alergologicznej.

Drugi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie regulaminowego funkcjonowania Szpitala oraz pełnienia dyżurów medycznych, jak również udzielania konsultacji laryngologicznych na zlecenie kierowników oddziałów. (dowód: akta kontroli str. 266-267)

3.3. Harmonogramy dyżurów medycznych

3.3.1. Na podstawie szczegółowej analizy planów dyżurów lekarzy zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę za m-ce: kwiecień 2011, maj 2012, wrzesień 2013 oraz styczeń 2013 r. stwierdzono, że plany te uwzględniały zasady zawarte w dziale III ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷, w zakresie do nieprzerwanego odpoczynku. Nie występowały przypadki powtarzania się nazwisk dyżurujących dzień po dniu. (dowód: akta kontroli str. 268-277)

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

Realizację planu dyżurów lekarskich sprawdzono na przykładzie harmonogramu za miesiąc styczeń 2014 r. poprzez jego porównanie z ewidencją pracy pracowników. Z ewidencji czasu pracy wynika, że następujący lekarze pełnili dyżury niezgodnie z planem dyżurów lekarskich miesiąca stycznia 2014 r.: T. S. Oddz. Urologia – 26 stycznia 2014 r.; T. L. Oddz. Urologia – 6 stycznia 2014 r.; D.S. L. Oddz. WEW/KARD – 11 stycznia 2014 r.; Z.M. Oddz. WEW/KARD – 13 i 29 stycznia 2014 r.; J.G. Oddz. WEW/KARD – 25 stycznia 2014 r.; G.K. Oddz. I Pulmonologiczny – 15 stycznia 2014 r.; J.P. Oddz. I Pulmonologiczny – 31 stycznia 2014 r.; A.G. S. Oddział IV P-A – 17 stycznia 2014 r.; S.G. Oddział IV P-A – 11 i 24 stycznia 2014 r.; R. M. Oddział IV P-A – 25 stycznia 2014 r.; S.P. T. Oddz. WEW/KARD – 1 stycznia 2014 r.; M.K.W. Izba Przyjęć – 1 stycznia 2014 r.

Ponadto dwie ostatnie z powyżej wymienionych osób pełniły dyżury również w dniu 31 grudnia 2013 r. (dowód: akta kontroli str.278-288)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in, że powodem dokonanych zmian były choroby lekarzy mających pełnić dyżury, członków ich rodzin lub zdarzenia losowe. (dowód: akta kontroli str.319-320)

Kontrola w zakresie weryfikacji norm czasu pracy, obsady dyżurów prowadzona jest przez pracowników Sekcji ds. osobowych.

Grafiki pielęgniarek potwierdzające wykonaną pracę są weryfikowane przez Naczelną Pielęgniarkę, a następnie przekazywane do Sekcji ds. Osobowych, gdzie są sprawdzane pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami oraz zapewnienia minimalnej obsady.

Miesięczne karty czasu pracy, potwierdzające wykonanie pracy przez lekarzy na dyżurach są weryfikowane przez kierowników oddziałów, co jest udokumentowane jego podpisem, a następnie przekazywane do Sekcji ds. osobowych gdzie są sprawdzane w zakresie zgodności z planem dyżurów na dany miesiąc. Czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę jest kontrolowany czy nie przekraczał 7 godzin i 35 minut na dobę oraz przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, a wraz z pełnionym przez lekarza dyżurem medycznym 48 godzin tygodniowo, a po podpisaniu klauzuli opt-out do 78 godzin tygodniowo oraz czy zapewniony został co najmniej 11 godzinny nieprzerwany dobowy odpoczynek oraz co najmniej 35 godzinny nieprzerwany odpoczynek w ciągu całego tygodnia. (dowód: akta kontroli str. 278-317)

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że na etapie planowania rozkładu czasu pracy na dany okres po stwierdzeniu nieprawidłowości wykazywane są do poprawy przez kierownika właściwej komórki organizacyjnej, celem wniesienia korekty. Na etapie rozliczania, na bieżąco kontrolowany jest czas pracy. Liczba godzin pracy musi odpowiadać wymiarowi czasu pracy w danym miesiącu, a nie wykraczać poza niego. Istnieje jednak możliwość przeniesienia godzin nie dopracowanych na miesiąc następny. Praca w przedłużonym wymiarze równoważona jest krótszym wymiarem w miesiącu następnym, w ten sposób by po zamknięciu okresu rozliczeniowego wymiar czasu pracy odpowiadał ustalonym normom, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Taki system pracy pozwala na lepsze dostosowanie czasu pracy do organizacji pracy w Szpitalu. W przypadku pracy w godzinach ponad obowiązujący wymiar pracownikowi zostaje udzielony czas wolny lub wypłacone wynagrodzenie zgodnie z obowiązującymi przepisami. (dowód: akta kontroli str. 318)

3.3.2. System pracy pielęgniarek oparty jest w przeważnie na pełnieniu dyżurów w godzinach: 6.00-18.00, 6.30-18.30, 7.00-14.35, 7.00-19.00, 7.30-19.30, 18.00-6.00, 18.30-6.30, 19.00-7.00, 19.30-7.30.

Analiza planów pracy pielęgniarek za m-ce: lipiec 2011 r., luty 2012 r., wrzesień 2013 r., maj 2014 r. oraz wykonanie planu pracy pielęgniarek za maj 2014 r. wykazała, że zachowane zostały wymogi określone w art. 97 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. (dowód: akta kontroli str. 328)

3.4. W Szpitalu zostały opracowane minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach

lecniczych niebędących przedsiębiorcami⁸. W zestawieniu do 179,2⁹ etatów pielęgniarek zatrudnionych w trakcie analizy, określona liczba etatów potrzebna do zapewnienia minimalnych norm według projektu wyniosła 143,9¹⁰ etatów. Ostatecznie jednak zaproponowana liczba etatów z uwagi na organizację pracy, warunki architektoniczne, bezpieczeństwo pacjentów i personelu. Ustalona została w wysokości 162 etatów. (dowód: akta kontroli str. 329)

Naczelna Pielęgniarka – Bogumiła Kowalczyk-Sroka wyjaśniła w tej sprawie, że *wyliczone normy zostały zweryfikowane ze stanem faktycznie zatrudnionych pielęgniarek. Przyjęto poziom zatrudnienia pielęgniarek powyżej minimalnej normy z uwagi na; warunki architektoniczne; organizację pracy; zbyt niski wskaźnik czasu opieki pośredniej (25%); zapewnienie jakości świadczeń m.in. standardów akredytacyjnych. Zaproponowane normy zatrudnienia pielęgniarek w poszczególnych komórkach organizacyjnych zostały pozytywnie zaopiniowane przez Pielęgniarki Koordynujące, Kierowników Oddziałów; Zespół ds. Oceny poziomu pielęgowania.* (dowód: akta kontroli str.330)

Szpital posiada również pozytywną opinię Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach z dnia 14 marca 2014 r.

W opinii stwierdzono, że wyliczenie zostało sporządzone zgodnie ze sposobem wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r. W większości oddziałów rzeczywiste zatrudnienie jest zdecydowanie wyższe niż otrzymane z wyliczenia według wskazanego w rozporządzeniu.

Według wniosków Zespołu opiniującego opracowanie minimalnych norm zatrudnienia zostało wykonane bardzo rzetelnie, a dokument który powstał jednoznacznie potwierdza, że obowiązujące rozporządzenie w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest dalece niedoskonałe i nie można jednoznacznie opierać się tylko na samych wyliczeniach z niego wynikających. Zespół opiniujący zwraca uwagę, że wskazany sposób w rozporządzeniu jest nie do zastosowania w praktyce, gdyż opierając się na wyliczeniach liczba 144 pielęgniarek nie zapewniłaby minimalnej, bezpiecznej dla pacjenta opieki pielęgniarskiej. Natomiast ustalona przez autora dokumentu i przyjęta przez Pana Dyrektora minimalna liczba 162 pielęgniarek faktycznie zatrudnionych (bez etatów Pielęgniarek Koordynujących oraz pielęgniarek zatrudnionych w Pracowniach diagnostycznych wchodzących w strukturę organizacyjną oddziału) w analizowanych oddziałach Szpitala gwarantuje bezpieczeństwo pacjenta. (dowód: akta kontroli str.331-332)

3.5. Analiza grafików pielęgniarskich wszystkich oddziałów Szpitala za miesiące styczeń i lipiec 2011 r., luty i sierpień 2012, marzec i wrzesień 2013 r. oraz maj 2014 r. wykazała, że za wyjątkiem jednego przypadku każdy oddział miał zapewnioną przynajmniej dwuosobową obsadę pielęgniarek w ciągu całej doby.

Stwierdzono, że w grafiku dyżurów Oddziału III Pulmonologii za miesiąc lipiec 2011 r. w godzinach nocnych (od 18.00 do 6.00) w 7 dniach zaplanowane były dyżury jednej osoby. (dowód: akta kontroli str.333-334)

Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła w tej sprawie, że *w miesiącu lipcu 2011 r. pacjenci z Oddziału I Pulmonologicznego i III Pulmonologii byli hospitalizowani na Oddziale I Pulmonologii (z powodu wygaszenia działalności oddziału III Pulmonologii). Średnia liczba łącznie hospitalizowanych pacjentów z obydwu Oddziałów wynosiła 43 osoby. Opiekę nad pacjentami sprawowały również pielęgniarki z tych dwóch oddziałów – łącznie 27 osób (bez dwóch pielęgniarek Oddziałowych). Na dyżurach nocnych opiekę nad hospitalizowanymi pacjentami sprawowały łącznie 3 pielęgniarki. Na dyżurach dziennych, w dni dodatkowo wolne od pracy i świąteczne opiekę sprawowały od czterech do pięciu pielęgniarek. Dodatkowo na dyżurach nocnych Szpital zapewniał obsadę personelu pomocniczego (łącznie pięciu pracowników firmy IMPEL na dyżurze nocnym na terenie szpitala).*

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 1.545.

⁹ Podano etaty bez pielęgniarek oddziałowych/koordynujących oraz zatrudnionych w pracowniach diagnostycznych.

¹⁰ Jak wyżej.

Liczba zatrudnionych pielęgniarek pozwala na zapewnienie opieki hospitalizowanym pacjentom bez angażowania rodziny w proces pielęgnowania chorego. Jednak respektując prawo pacjenta do sprawowania opieki przez najbliższych, Szpital pozwala rodzinie na współudział w opiece w obecności/pod nadzorem pielęgniarki (na prośbę pacjenta ustalany jest indywidualnie zakres opieki).

Ponadto w trakcie hospitalizacji personel pielęgniarski edukuje pacjentów oraz ich opiekunów w zakresie przygotowania do samoopieki w środowisku rodzinnym (np. pomiar RR, wykonanie wstrzyknięcia insuliny, profilaktyka odleżyn, zmiana pozycji ułożeniowej itp.), co jest dokumentowane w karcie edukacji chorego oraz co jest dokumentowane w karcie chorego oraz listach obecności na szkoleniu z zakresu edukacji zdrowotnej. (dowód: akta kontroli str.335-336)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że dwie osoby, jedna na Izbie Przyjęć oraz druga na V Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii pełniąc 24 godzinne dyżury medyczne 31 grudnia 2013 r. oraz 1 stycznia 2014 r., nie miały zachowanej 11 godzinnej przerwy na odpoczynek zgodnie wymogami z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, według których *pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (ust.1). Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (ust.2).* (dowód: akta kontroli str.282,283)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił w tej sprawie, że w obu przypadkach osoby, które miała pełnić dyżur według planu 1 stycznia 2014 r. nie mogły stawić się do Szpitala z powodu choroby. W związku z brakiem możliwości zapewnienia zastępstwa dyżur pełniły w dalszym ciągu osoby, która miały być zastąpione. Były to sytuacje wyjątkowe i nietypowe. Okresy odpoczynku muszą przypadać bezpośrednio po okresach pracy, które służą zapobieganiu przemęczenia i przeciążenia pracownika w następstwie kumulacji następujących po sobie okresów pracy. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie można udzielić lekarzowi czasu wolnego w zamian za niewykorzystane przerwy na odpoczynek. Niezachowanie 11 godzinnej przerwy na odpoczynek spowodowane było koniecznością ochrony życia i zdrowia ludzkiego. (dowód: akta kontroli str.319-326)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, ocenia działalność jednostki w badanym obszarze.

4. Wpływ informatyzacji na wielkość i strukturę zatrudnienia

Opis stanu
faktycznego

4.1. Szpital posiada zintegrowany system informatyczny pod nazwą „Infomedica”. Obecnie stosowana jest jego wersja 4.34.0.0. System ten wspomaga pracę administracji (finanse, kadry, płace) i zawiera moduł do obsługi co najmniej jednego poniższego programu lub jest z nim zintegrowany (wszystkie dane są przesyłane pomiędzy programami). Szpital korzysta z następujących programów w ramach zintegrowanego systemu:

- obsługi chorych – rok wdrożenia 2001;
- tworzenia dokumentacji medycznej – szpital – rok wdrożenia 2001 (program nie tworzy dokumentacji elektronicznej w postaci tylko elektronicznej – szpital);
- rejestracji pacjentów szpital – rok wdrożenia 2001;
- tworzenia dokumentacji medycznej – ambulatorium – rok wdrożenia 2012 (program nie tworzy dokumentacji medycznej w postaci tylko elektronicznej – ambulatorium);
- rejestracji pacjentów ambulatorium – rok wdrożenia 2012;
- gospodarki lekami – rok wdrożenia 2001;
- ordynacji leków na pacjenta- rok wdrożenia 2012;
- obsługi laboratorium – rok wdrożenia 2012;
- prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczenia – rok wdrożenia 2001.

Ponadto funkcjonuje program – diagnostyki (dane obrazowe) o nazwie PACS/RIS, którego producentem jest ALTERIS – rok wdrożenia 2012. (dowód: akta kontroli str.337-339)

W skład zintegrowanego systemu wchodzi:

- tworzenie dokumentacji medycznej;
- rejestracja pacjentów również on-line tzw. e-Rejestracja;
- zarządzanie polityką lekową (w chwili obecnej zlecenia leków są prowadzone w formie elektronicznej, jedynie część leków jest zlecana jeszcze formą tradycyjną ze względu na ich specyfikę oraz fakt nie dostosowania aplikacji producenta do ww. leków). Pozwala to mieć kontrolę nad przepływem leków w Oddziałach i pracowniach oraz także służy do weryfikacji leków z krótką datą ważności. Poprawia czytelność zleceń, większą kontrolę nad samą historią zleconych leków dla konkretnego pacjenta, a w efekcie końcowym do obniżania kosztów z związanych z farmakologią stosowaną w Szpitalu;
- system działa również w obszarze diagnostyki: funkcjonują zlecenia badań do laboratorium, a następnie są przekazywane wyniki badań (do podglądu) w systemie informatycznym. Dzięki temu rozwiązaniu zaoszczędzany jest czas na fizyczne dostarczenie wersji papierowej zlecenia do pracowni analityki, jak również czas osoby, która musiałaby zarejestrować dane zlecenie w systemie. Ze względu na fakt, iż ustawodawca nie przewidział na dzień dzisiejszy możliwość przekazywania wyników w formie elektronicznej istnieje obowiązek drukowania wyników, autoryzowania podpisem technika laboratoryjnego i dostarczania ich do zlecającego;
- Szpital posiada ucyfrowioną diagnostykę w obszarze RTG i TK. Zdjęcia są przekazywane automatycznie do dziedziny systemu informatycznego HIS co znacznie skraca proces diagnostyki pacjentów. Ze względu na konieczność skierowań w wersji papierowej (wynikający z aktualnego stanu prawnego) nie można wprowadzić tego do systemu informatycznego;
- w systemie są prowadzone kolejki oczekujących, które są raportowane do NFZ.

W związku z dużymi zmianami w strukturze informatycznej Szpitala, a także wieloma nowymi aplikacjami oraz zwiększeniem ilości wprowadzanych danych do systemu informatycznego zaistniała konieczność zwiększenia liczby personelu IT.

Dzięki zastosowaniu nowych technologii sprzętowych udało się w dużej mierze ograniczyć koszty eksploatacyjne, takie jak tonery do drukarek, papier, zużycie energii elektrycznej oraz kosztów z tytułu napraw sprzętu. (dowód: akta kontroli str.340-355)

Koszty wdrożenia i utrzymania systemów informatycznych (bez kosztów osobowych) wyniosły w okresie objętym kontrolą 217,5 tys. zł, z tego w latach: 2011 – 80,1 tys. zł, 2012 – 59,4 tys. zł, 2013 – 51,8 tys. zł, 2014 (I półrocze) – 26,3 tys. zł. (dowód: akta kontroli str.337)

4.2. Na skutek rozbudowy systemu informatycznego w 2013 do jego obsługi zatrudniono dwie osoby. Skutki finansowe powyższego wyniosły w 2013 r. – 39,9 tys. zł oraz w 2014 r. (I półrocze) – 30,6 tys. zł. (dowód: akta kontroli str.356)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność jednostki w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹¹, wnosi o podjęcie działań w celu zabezpieczenia lekarzom bezpośrednio po odbytych dyżurze 11 godzinnego odpoczynku, zgodnie z wymogami z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz.82

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kielce, dnia listopada 2014 r.

Kontroler
Andrzej Kamiński
główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

.....
Podpis

.....
Podpis