



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI. 410.008.04.2019

Zarząd Staszowskiego Centrum Medycznego
Sp. z o.o. w Koniemłotach,
Plac Księdza Romana Kotlarza 9
28-200 Staszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/061 – Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Staszowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Koniemłotach; Plac Księdza Romana Kotlarza 9, 28-200 Staszów (dalej: Centrum lub SCM).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Stanisław Płatek, Prezes Zarządu od 24 czerwca 1998 r. (dalej: Prezes Zarządu). (akta kontroli str. 2, 11)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zasady udzielania świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym. 2. Przestrzeganie wymogów określonych w obowiązujących przepisach i umowach z NFZ. 3. Gospodarka finansowa zakładu opiekuńczo-leczniczego (dalej: ZOL).
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2018 oraz I półrocze 2019 r., z uwzględnieniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na okres objęty kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	Jerzy Stachowiak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/73/2019 z 30 sierpnia 2019 r. (akta kontroli str. 1)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Centrum posiada regulamin określający zasady przyjmowania pacjentów do ZOL. Pacjenci przyjmowani byli na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. Ewidencja oczekujących była prowadzona w sposób rzetelny i przejrzysty, a wpisów pacjentów dokonywano na bieżąco i chronologicznie, z uwzględnieniem danych pacjenta, w tym danych adresowych. Stan zdrowia pacjentów uzasadniał ich pobyt w ZOL. Nie wystąpiły przypadki nieuzasadnionego dokonywania zmian terminów udzielenia świadczenia w ewidencji oczekujących, a także uzależniania przyjęcia pacjenta do ZOL od wysokości jego dochodów, bądź wniesienia dopłaty.

Działalność ZOL prowadzonego przez Centrum była zgodna z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dalej: RPWDL), a dane zawarte w przekazywanych w badanym okresie sprawozdaniach MZ-29A o działalności zakładu długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej były zgodne z faktyczną działalnością ZOL.

Warunki lokalowe i sprzętowe ZOL zapewniały właściwe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pomieszczenia ZOL spełniają wymagania określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³. Zarówno warunki lokalowe, jak i rodzaj posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego jest zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej⁴, a posiadany sprzęt medyczny i pomocniczy był wykorzystywany w działalności ZOL.

Stan zatrudnienia w ZOL był zgodny z wymogami określonymi przez NFZ w umowach zawartych na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej, a wszystkie osoby udzielające świadczeń zostały wykazane w „Harmonogramie-zasoby”. Pacjenci, którzy nie posiadają prawidłowej siły mięśniowej i nie osiągnęli zdolności samoobsługi, mają zapewnioną odpowiednią rehabilitację.

ZOL zapewniał pacjentom właściwe warunki sanitarne. Kontrole prowadzone przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ oraz przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Staszowie nie wykazały nieprawidłowości w funkcjonowaniu kontrolowanej jednostki. W związku z działalnością ZOL nie były kierowane skargi pacjentów lub ich rodzin zarówno do Centrum, jak również do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Świadczenia realizowane w ramach umów zawartych z NFZ były prawidłowo sprawozdawane, a wysokość miesięcznej opłaty za pobyt pacjentów ustalano w prawidłowy sposób. W badanym okresie nie wystąpiły należności wymagalne, a uzyskane środki publiczne wykorzystano zgodnie z przeznaczeniem. Działalność ZOL przyniosła stratę, którą sfinansowano z innych usług medycznych prowadzonych przez Centrum.

Wbrew zasadom określonym w regulaminie wewnętrznym rejestr oczekujących nie zawierał numeru telefonu kontaktowego oraz przybliżonego terminu przyjęcia.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Rozporządzenie z 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), uchylone 1 kwietnia 2019 r., zastąpione rozporządzeniem z 26 marca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658.

W Centrum nie zapewniono pacjentom i ich rodzinom możliwości informatycznego sprawdzania swojego statusu, w tym czasu oczekiwania, terminu przyjęcia i wymaganej dokumentacji. Do ZOL przyjęto łącznie 41 pacjentów nie posiadając wymaganej zgody na ich przyjęcie, wyrażonej przez przedstawiciela ustawowego, bądź zezwolenia sądu opiekuńczego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Zasady udzielania świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym

Opis stanu faktycznego

1.1. Centrum posiada regulamin określający zasady przyjmowania pacjentów (dalej: regulamin) do ZOL. Regulamin został przyjęty zarządzeniem wewnętrznym Zarządu SCM z dnia 28 grudnia 2013 r. Zgodnie z jego zapisami pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. Skierowanie analizuje zespół składający się z lekarza Centrum oraz pielęgniarki koordynującej. Kolejność przyjęć realizowana jest zgodnie z rejestrem oczekujących. Główne kryteria kwalifikujące pacjentów do przyjęcia stanowią:

- 1) stan zdrowia pacjenta wg skali Barthel, tj.:
 - od 0 do 10 pkt – „pilne”,
 - od 15 do 40 pkt – „stabilne”,
- 2) data złożenia wniosku.

W punkcie nr 3 regulaminu zapisano, że rejestr oczekujących zawiera: liczbę porządkową w danym roku, datę rejestracji skierowania, imię i nazwisko pacjenta, PESEL, adres, telefon kontaktowy oraz datę i przyczynę skreślenia. Przy rejestracji wniosku podaje się również przybliżony termin przyjęcia.

(akta kontroli str. 21, 22)

Rejestr oczekujących prowadzony w Centrum zawierał ww. elementy poza numerem telefonu kontaktowego (część 1 i część 2 rejestru) oraz przybliżonym terminem przyjęcia (część nr 1 rejestru).

(akta kontroli str. 23)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: aktualnie przybliżony termin przyjęcia jest podawany pacjentom lub opiekunom ustnie, telefon kontaktowy jest umieszczony na druku wniosku. Od momentu niniejszej kontroli zarówno przybliżony termin przyjęcia jak i numer telefonu kontaktowego będzie odnotowany w Księdze Oczekujących zgodnie z regulaminem wewnętrznym odnośnie zasad przyjmowania pacjentów do ZOL.

(akta kontroli str. 26)

W zakładzie opiekuńczo-leczniczym prowadzonym przez SCM nie zapewniono pacjentom lub ich rodzinom możliwości informatycznego sprawdzania swojego statusu, w tym czasu oczekiwania, terminu przyjęcia i wymaganej dokumentacji.

(akta kontroli str. 24)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: ZOL jest w trakcie rozbudowy o nowy pawilon. Po ukończeniu inwestycji planowana jest pełna informatyzacja starych i nowego obiektu, co pozwoli zapewnić pacjentom i ich rodzinom możliwość informatycznego sprawdzania swojego statusu.

(akta kontroli str. 26)

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Rzetelność prowadzenia ewidencji oczekujących i realizacji obowiązku zapewnienia równego dostępu pacjentów zbadano poprzez porównanie kolejności wpływu skierowania (datą wpisu na listę oczekujących) z terminem przyjęcia tej osoby do ZOL. Badanie przeprowadzono na grupie 50 pacjentów zapisanych na listę oczekujących według stanu na 31 grudnia w 2017 r. i 2018 r. oraz na 30 czerwca 2019 r. Ewidencja oczekujących była prowadzona w sposób rzetelny i przejrzysty, a wpisów pacjentów dokonywano na bieżąco. Nie wystąpiły przypadki nieuzasadnionego dokonywania zmian terminów udzielenia świadczenia w ewidencji oczekujących. Czas upływający pomiędzy datą wpływu skierowania, a terminem przyjęcia pacjenta do ZOL wynosił od 0 do 286 dni, z tego:

- dla 10 pacjentów czas oczekiwania wynosił 100 i więcej dni (od 100 do 286 dni);
- dla pięciu pacjentów czas oczekiwania był większy od dwóch miesięcy (od 76 do 93 dni);
- dla trzech pacjentów czas oczekiwania wynosił od miesiąca do dwóch miesięcy (od 34 dni do 48 dni);
- dla 13 pacjentów czas oczekiwania wynosił od 11 dni do miesiąca (od 11 do 28 dni);
- dla 19 pacjentów czas oczekiwania nie przekraczał dziewięciu dni.

Najkrócej na przyjęcie do ZOL oczekiwali następujący pacjenci: nr 37/2017 i nr 19/2019 (przyjęci w dniu zgłoszenia), nr 49/2017 (jeden dzień), 103/2017 (dwa dni), a także nr 55/2017, 59/2017, 32/2018 i 46/2018 (po trzy dni).

(akta kontroli str. 112-113, 125, 202)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że:

- *pacjent nr 37/2017 to 61-letni pacjent skierowany i przyjęty bezpośrednio po zabiegu operacyjnym (stenoza kanału kręgowego) z oddziału neurochirurgii celem wczesnego leczenia usprawniającego oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i pielęgnacyjnego. (...) Dysfunkcja ruchowa kręgosłupa związana z chorobą zasadniczą i przebytą operacją stała się u tego pacjenta podstawową przyczyną przyjęcia go w trybie pilnym do ZOL celem podjęcia wczesnej, intensywnej i długotrwałej terapii. Ten pacjent bezpośrednio po zabiegu operacyjnym po uzgodnieniu telefonicznym miejsca został przywieziony do naszego ZOL wraz ze skierowaniem;*
- *pacjent nr 19/2019 to 102-letni pacjent w stanie wegetatywnym (oceniony na zero punktów w skali Barthel) skierowany i przewieziony bezpośrednio ze szpitala z oddziału geriatrycznego celem kontynuacji kompleksowego leczenia farmakologicznego, pielęgnacyjnego oraz usprawniającego w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej. Wiek pacjenta, jego ciężki ogólny stan zdrowia z towarzyszącą niewydolnością krążeniową oraz cukrzycą, bezwzględnie uzasadniał formę dalszego leczenia i opieki medycznej w ZOL. Pacjent to człowiek samotny, zupełnie bez rodziny, całkowicie uzależniony od empatii otoczenia medycznego. Ten pacjent nie miał nikogo, kto mógłby mu pomagać w problemach zdrowotnych, pozostał wyłącznie w gestii życzliwości placówek medycznych. Ten pacjent został przyjęty w tym samym dniu, w którym wystawiono skierowanie ze szpitala;*
- *pacjent nr 49/2017 to 93-letni pacjent skierowany i przyjęty bezpośrednio ze szpitala z oddziału ortopedycznego po zaopatrzeniu złamania kości udowej celem wczesnego usprawniania oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i pielęgnacyjnego w warunkach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej. (...) podeszły wiek, towarzyszące inne schorzenia internistyczne, postępującą demencję, przebyty uraz ortopedyczny i związane z tym problemy pielęgnacyjne, odleżynowe oraz konieczność wczesnej rehabilitacji, były powodem przyjęcia w trybie pilnym;*

- pacjent 103/2017 to 78-letni pacjent został skierowany i przekazany bezpośrednio ze szpitala z oddziału ortopedycznego po operacyjnym zaopatrzeniu złamania kości udowej celem wczesnego usprawniania oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i pielęgnacyjnego w warunkach długoterminowej stacjonarnej opieki. Pacjent w stanie ogólnym ciężkim z wielorakimi schorzeniami internistycznymi, ale podstawą przyjęcia do ZOL w trybie pilnym była konieczność wczesnego usprawniania po przebyłym urazie, zapewnienia mu czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- pacjent 55/2017 to 83-letni pacjent w stanie wegetatywnym po przebyłym udarze mózgu (...) został skierowany i przewieziony bezpośrednio z oddziału udarowego celem kontynuacji leczenia farmakologicznego, usprawniającego żywienia i pielęgnacji w warunkach długoterminowej stacjonarnej opieki. Ze względu na ogólnie ciężki stan pacjenta tzw. stan wegetatywny wymagający szeregu dodatkowych czynności leczniczo-pielęgnacyjnych w tym żywienia dojelitowego, a których w dłuższym czasie oddział o profilu ostrym nie jest w stanie realizować, pacjenta przekazano do ZOL;
- pacjent 59/2017 to 84-letni pacjent skierowany i przewieziony bezpośrednio ze szpitala z oddziału ortopedycznego gdzie przebywał z powodu złamania kości udowej zaopatrzonego operacyjnie celem wczesnego usprawniania ruchowego oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej. (...) dysfunkcja narządu ruchu, związana z urazem i operacją ortopedyczną, stan chwiejny układu krążenia, a nade wszystko konieczność wczesnego usprawniania, były powodem przyjęcia do ZOL w trybie pilnym;
- pacjent nr 32/2018 to 93-letni pacjent po złamaniu kości udowej, zdyskwalifikowany ze względu na stan zdrowia od zabiegu operacyjnego. Został skierowany i przewieziony bezpośrednio z oddziału ortopedycznego szpitala, celem kontynuacji leczenia farmakologicznego wielorakich schorzeń internistycznych, ale nade wszystko celem zapewnienia warunków właściwej pielęgnacji zapobiegania powstawania odleżyn gdyż pacjent ten jest skazany na długotrwałe leżenie. (...) ostry oddział szpitalny nie jest przygotowany do zapewnienia warunków dla długotrwałe unieruchomionego pacjenta;
- pacjent nr 46/2018 to 89-letni pacjent skierowany i przewieziony bezpośrednio z oddziału geriatrycznego szpitala z powodu niewydolności krążeniowej celem kontynuacji leczenia oraz farmakologicznego i pielęgnacyjnego w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej. Ze względu na niską stabilność układu krążenia, po osiągnięciu poprawy w tym zakresie w czasie leczenia szpitalnego nie wymagał już kontynuacji tego leczenia, ale też zagrożeniem dla jego zdrowia i życia byłoby wypisanie ze szpitala do domu. Stąd zapadła decyzja skierowania pacjenta do ZOL gdzie może mieć zapewniona całodobowa opieką medyczną, a w razie dekompensacji natychmiastowe wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Powyższe wyjaśnienia Prezesa Zarządu znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej kontrolowanej jednostki. Wszyscy ww. pacjenci znajdowali się w stanie ostrym.

(akta kontroli str. 120-124, 202)

W latach 2017-2019 (do 30 czerwca 2019) w ZOL przebywali pacjenci, których stan zdrowia w dniu przyjęcia uniemożliwiał uzyskanie od nich świadomej zgody na pobyt i leczenie. Byli to pacjenci w stanie wegetatywnym, kierowani bezpośrednio z okolicznych szpitali na podstawie wymaganego wniosku do dalszej opieki paliatywnej. Były to osoby po wypadkach komunikacyjnych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, pacjenci po nagłym zatrzymaniu krążenia i skutecznie resuscytowani, ale z rozległym uszkodzeniem mózgu oraz pacjenci po rozległych udarach mózgu. Liczba takich pacjentów w poszczególnych latach

wyniosła odpowiednio: 14, 15 i 12. W Centrum nie przebywali pacjenci, którzy w dniu przyjęcia mieli ustanowionego opiekuna prawnego. Nie było również pacjentów, którzy zostali skierowani na podstawie postanowień sądów o umieszczeniu pacjenta w zakładzie bez ich zgody lub dla których sąd ustanowił zabezpieczenie w postaci umieszczenia pacjenta w ZOL do czasu uprawomocnienia postanowienia.

Zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁶ jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego. Ww. pacjenci nie posiadali zgody przedstawiciela ustawowego, a także zezwolenia sądu opiekuńczego na pobyt w ZOL.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: (...) przyjmując tych pacjentów na wniosek oddziałów szpitalnych, kierowaliśmy się wyłącznie względami humanitarnymi gdyż okoliczne zakłady odmawiały przyjęcia pacjentów w tak ciężkim stanie. Rodzina lub opiekunowie byli informowani przez kierujący szpital i wyrażali zgodę na pobyt w naszym zakładzie. Procedura sądowa ustanawiania opiekuna prawnego bądź uzyskania zgody sądu opiekuńczego są wydłużone w czasie, a pacjenci ci wymagali nieprzerwanego kontynuowania terapii, pielęgnacji i rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 27, 479)

1.2. W celu zbadania zasadności przebywania pacjentów w kontrolowanej placówce dokonano doboru losowego 50 pacjentów: po 20 pacjentów przyjętych do ZOL w latach 2017 i 2018 oraz 10 w I półroczu 2019 r.

Jednostki chorobowe, które najczęściej były podstawą do skierowania pacjentów do ZOL to:

- stan po złamaniu kości udowej (S72) – 11 pacjentów;
- miażdżyca (I70) – siedmiu pacjentów;
- zawał mózgu (I63) – pięciu pacjentów;
- udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy (I64) – pięciu pacjentów;
- następstwa chorób naczyń mózgowych (I69) – pięciu pacjentów.

Skala Barthel w dniu przyjęcia pacjenta wynosiła od 0 do 35 punktów. U żadnego z pacjentów podstawowym wskazaniem do objęcia opieką nie była zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. W żadnym z przypadków nie były to osoby, których ocena poziomu samodzielności przekraczała 40 punktów w skali Barthel.

(akta kontroli str. 61-111)

1.3. Liczba oczekujących na przyjęcie do ZOL na koniec każdego półrocza badanego okresu wyniosła odpowiednio: 71, 78, 67, 101 i 126 osób.

Średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio: 4, 5, 5, 6 i 6 miesięcy.

Liczba osób wykreślonych z ewidencji oczekujących z powodu zgonu wyniosła odpowiednio: 8, 7, 9, 2 i 7 osób.

(akta kontroli str. 114)

1.4. Struktura wiekowa pacjentów przyjętych do ZOL w latach 2017-2018 i w I półroczu 2019 r. kształtowała się następująco:

- pacjenci w wieku do 40 roku życia: 1, 2 i 3 osoby (łącznie 6 osób);
- pacjenci w wieku od 41 do 65 lat: 21, 11 i 5 osób (łącznie 37 osób);

⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.

- pacjenci w wieku powyżej 65 lat: 103, 116 i 61 osób (łącznie 280 osób).

Czas pobytu pacjentów, którzy przebywali w ZOL w dniu 30 czerwca 2019 r. był następujący:

- do 6 miesięcy – 37;
- od 6 miesięcy do 1 roku – 9 pacjentów;
- od 1 do 3 lat – 18 pacjentów;
- od 3 do 5 lat – 7 pacjentów;
- od 5 do 10 lat – 8 pacjentów;
- powyżej 10 lat – jeden pacjent.

(akta kontroli str. 114)

1.5. W całym okresie objętym kontrolą w ZOL dostępnych było 75 miejsc (łóżek), a ich obłożenie wynosiło 100% (nie było miejsc wolnych).

(akta kontroli str. 114, 115)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Rejestr oczekujących prowadzony w Centrum nie zawierał numeru telefonu kontaktowego (część nr 1 i część 2 rejestru) oraz przybliżonego terminem przyjęcia (część nr 1 rejestru). Było to niezgodne z zasadami określonymi w regulaminie wewnętrznym Centrum (pkt 3).

(akta kontroli str. 21, 22, 24)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *o terminie przyjęcia informowano ustnie, natomiast od momentu kontroli zarówno przybliżony termin przyjęcia jak i numer telefonu kontaktowego będzie odnotowany w Księdze Oczekujących zgodnie z regulaminem wewnętrznym odnośnie zasad przyjmowania pacjentów do ZOL.*

(akta kontroli str. 26)

2. W latach 2017-2019 (do 30 czerwca) do ZOL przyjęto odpowiednio: 14, 15 i 12 pacjentów bez ich zgody, a także bez zgody przedstawiciela ustawowego, bądź zezwolenia sądu opiekuńczego. Było to niezgodne z art. 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

(akta kontroli str. 27)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: (...) *kierowaliśmy się wyłącznie względami humanitarnymi, gdyż okoliczne zakłady odmawiały przyjęcia pacjentów w tak ciężkim stanie.*

(...) *ZOL nie podejmował żadnych czynności mających na celu uzyskanie wymaganej zgodny przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego na umieszczenie tych pacjentów w ZOL.*

(akta kontroli str. 479, 480)

OCENA CZĄSTKOWA

ZOL posiada regulamin określający zasady przyjmowania pacjentów. Pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. Ewidencja oczekujących była prowadzona w sposób rzetelny i przejrzysty, a wpisów pacjentów dokonywano na bieżąco i chronologicznie, z uwzględnieniem danych pacjenta, w tym danych adresowych. Stan zdrowia pacjentów uzasadniał ich pobyt w ZOL. Nie wystąpiły przypadki nieuzasadnionego dokonywania zmian terminów udzielenia świadczenia w ewidencji oczekujących, a także uzależniania przyjęcia pacjenta do ZOL od wysokości jego dochodów, bądź wniesienia dopłaty.

Wbrew zasadom określonym w regulaminie wewnętrznym rejestr oczekujących nie zawierał numeru telefonu kontaktowego oraz przybliżonego terminu przyjęcia. W Centrum nie zapewniono pacjentom i ich rodzinom możliwości informatycznego

sprawdzania swojego statusu, w tym czasu oczekiwania, terminu przyjęcia i wymaganej dokumentacji. Do ZOL przyjęto 41 pacjentów bez zgody przedstawiciela ustawowego, bądź zezwolenia sądu opiekuńczego.

2. Przestrzeganie wymogów określonych w obowiązujących przepisach i umowach z NFZ

OBSZAR	2.1. Art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ (dalej: ustawa o działalności leczniczej), stanowi, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do RPWDL, z podaniem rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych (art. 100 ust. 1 pkt. 5 ustawy).
Opis stanu faktycznego	Zgłoszenia ZOL do RPWDL dokonano w dniu 15 maja 2000 r.⁸. ZOL dysponuje 75 łózkami, a liczba ta jest zgodna z liczbą zgłoszoną do RPWDL i nie przekracza liczby łóżek wskazanych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, tj. 80 łóżek. W badanym okresie nie zgłaszano zmian dotyczących ZOL do RPWDL. Dane zawarte w księdze rejestrowej⁹ Centrum dotyczące funkcjonowania ZOL w badanym okresie są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdziły oględziny. (akta kontroli str. 43, 59, 130, 156) 2.2. Centrum wypełniło określony w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹⁰ obowiązek i przekazało do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dalej: CSIOZ) sprawozdania o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej MZ-29A za lata 2017 i 2018. Sprawozdania zostały sporządzone na formularzu zgodnym ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017¹¹. Wprowadzono je do CSIOZ odpowiednio w dniach 18 stycznia 2018 r. i 29 stycznia 2019 r. W wyniku porównania danych przekazanych w sprawozdaniach MZ-29A za lata 2017 i 2018 z listami płac, umowami o pracę i umowami cywilnoprawnymi zawartymi z personelem oraz rejestrem pacjentów przebywających w Centrum, stwierdzono zgodność wykazanych danych ze stanem faktycznym. (akta kontroli str. 178-202) 2.3. Centrum posiada regulamin udzielania świadczeń w ZOL. Regulamin ten został przyjęty zarządzeniem wewnętrznym Zarządu SCM z dnia 2 stycznia 2008 r. Określa on m.in.: – cele i zadania ZOL; – przebieg procesu udzielania świadczeń; – warunki współdziałania i innymi zakładami opieki zdrowotnej; – organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych; – prawa i obowiązki pacjenta;

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

⁸ ZOL początkowo funkcjonował w formie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, który został przekształcony w zakład opiekuńczo-leczniczy w dniu 15 grudnia 2003 r.

⁹ Księgę rejestrową pobrano z RPWDL wg stanu na 30 czerwca 2019 r. (<https://rpwdl.csioz.gov.pl/>).

¹⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 649, ze zm.

¹¹ Dz. U. poz. 837, ze zm. Wzór formularza jest wymieniony w § 2 ust. 17 pkt 14 tego rozporządzenia.

– obowiązki zakładu w razie śmierci pacjenta.

(akta kontroli str. 169-171)

2.4. Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Staszowie po rozpatrzeniu wniosku SCM oraz po uwzględnieniu wyników kontroli sanitarnej w dniu 5 września 2012 r. wydał decyzję, w której stwierdzono, że pomieszczenia i ich wyposażenie spełniają wymagania stawiane do prowadzenia działalności w zakresie całodobowego stacjonarnego pobytu dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych pacjentów, stacjonarnej i ambulatoryjnej rehabilitacji medycznej oraz nie zgłasza sprzeciwu w dopuszczeniu obiektu do użytkowania.

(akta kontroli str. 238)

Na podstawie analizy zapisów w książce kontroli SCM oraz z materiałami po kontrolach przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS), w zakresie spełniania wymogów, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, stwierdzono że pomieszczenia ZOL spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹².

(akta kontroli str. 265, 271, 274, 291, 296)

Wymagania lokalowe oraz sprzętowe dla świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym zostały określone przez Ministra Zdrowia w załączniku nr 4 (Lp. 1 część A. zakłady opiekuńcze dla dorosłych oraz część C. zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie) do rozporządzenia z dnia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W trakcie kontroli poddano oględzinom 30 pomieszczeń znajdujących się w dwóch pawilonach położonych na terenie SCM. Kontrolą objęto po 15 sal obydwu pawilonów, w których w dniu kontroli przebywali pacjenci ZOL. We wszystkich pomieszczeniach znajdowały się łóżka dla pacjentów:

- dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych;
- o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome bariery zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji.

ZOL posiada:

- sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwoleżynowe, poduszki, podpórki, wałki;
- sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe;
- wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem;
- wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej: stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, tablice do pisania, sprzęt audiowizualny, system haseł obrazkowo-tekstowych, sprzęt do nauki czynności życia codziennego;

¹² Dz. U. poz. 595. Rozporządzenie to obowiązuje od 1 kwietnia 2019 r.

- koncentratory tlenu, ssaki elektryczny, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zestawy do reanimacji, pompy infuzyjne, stetoskopy;
- kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;
- dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców w stanie wegetatywnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów, znajdujący się w miejscu udzielania świadczeń: pulsoksymetr, zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheostomii, gastrostomii, konikotomii, samorozprężalny worek oddechowy z zastawką jednokierunkową i maską twarzową;
- aparaty EKG.

W ZOL znajdują się:

- gabinet (dział) rehabilitacyjny;
- dwa gabinety do prowadzenia psychoterapii;
- dwa gabinety terapii zajęciowej;
- trzy sale dziennego pobytu.

(akta kontroli str. 203-236)

Oględziny nie wykazały, aby w ZOL zgromadzono nadmierną ilość sprzętu lub elementów jednorazowego użytku. Prezes Zarządu wyjaśnił, że *sprzęt medyczny i pomocniczy będący na wyposażeniu ZOL jest w pełni wykorzystywany przy świadczeniu usług z zakresu opieki długoterminowej i nie występowały przypadki by sprzęt ten nie był wykorzystywany.*

Zestawy z jednorazowym sprzętem były uzupełniane na bieżąco. Po użyciu sprzętu zestaw był kompletowany i przygotowywany do kolejnego wykorzystania. Kompletowanie i przegląd następują przeciętnie jeden raz w miesiącu.

(akta kontroli str. 242)

2.5. W całym badanym okresie Centrum zatrudniało ogółem siedmiu lekarzy. Liczba faktycznie posiadanych etatów przeliczeniowych lekarzy ze specjalizacją określoną w załączniku nr 4 część I pkt 1 ppk 1 lit. a „Lekarze” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej¹³ wynosiła 2,95 i była większa od liczby etatów wymaganych określonej w ww. rozporządzeniu w stosunku do liczby łóżek, która wynosi 2,14.

Czas pracy pielęgniarek (wyrażony w %) o kwalifikacjach określonych w załączniku nr 4 część I pkt 1 ppk 1 lit a „Pielęgniarki” wynosił 97% i był wyższy od czasu wymaganego wynoszącego 25%.

W Centrum zapewniono również niezbędne limity dotyczące liczby etatów zatrudnionych:

- fizjoterapeutów – ośmiu, przy liczbie etatów wymaganych wynoszącej 6,2 (w całym badanym okresie);
- terapeutów zajęciowego – odpowiednio jeden przy jednym etacie wymaganym w latach 2017-2018 oraz 1,25 przy jednym etacie wymaganym w I półroczu 2019 r.;
- psychologów – 1,17, przy liczbie etatów wymaganych wynoszącej 1,07 (w całym badanym okresie).

¹³ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658.

W przypadku logopedów liczba faktycznie posiadanych etatów przeliczeniowych wyniosła 0,3¹⁴ w całym badanym okresie.

(akta kontroli str. 126)

Wg stanu na 31 grudnia 2017 i 2018 r. oraz na 30 czerwca 2019 r.:

- liczba pielęgniarek na dyżurze rannym¹⁵ wynosiła po pięć osób;
- liczba łóżek przypadająca na jedną pielęgniarkę w czasie dyżuru porannego wynosiła po 15;
- liczba pielęgniarek na dyżurze popołudniowym¹⁶ wynosiła po dwie osoby;
- liczba łóżek przypadająca na jedną pielęgniarkę w czasie dyżuru popołudniowego wynosiła po 37,5;
- liczba opiekunów medycznych na dyżurze rannym wynosiła po 12 osób;
- liczba łóżek przypadająca na jednego opiekuna medycznego w czasie dyżuru porannego wynosiła po 6,25;
- liczba opiekunów medycznych na dyżurze popołudniowym wynosiła po cztery osoby;
- liczba łóżek przypadająca na jednego opiekuna medycznego w czasie dyżuru popołudniowego wynosiła po 18,75.

(akta kontroli str. 116)

Liczba pacjentów leżących, którzy nie osiągnęli zdolności samoobsługi wg stanu na 31 grudnia 2017 i 2018 r. oraz na 30 czerwca 2019 r. wynosiła: 8, 9 i 7 pacjentów.

(akta kontroli str. 338)

Liczba pacjentów przypadająca na jednego członka personelu medycznego (pielęgniarka oraz opiekun medyczny) wynosi:

- w czasie dyżuru porannego wynosiła po 4,4 osoby;
- w czasie dyżuru popołudniowego wynosiła po 12,5 osoby.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa na terenie województwa świętokrzyskiego, w opinii z 22 grudnia 2014 r. w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w zakładach opieki długoterminowej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych stwierdził, że: *Aby zapewnić opiekę zgodnie z zapotrzebowaniem, średnio jedna pielęgniarka w czasie zmiany roboczej powinna opiekować się 6 pacjentami. W przypadku tak zwanej substytucji usług tj. zastępowaniu niektórych podstawowych czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki pracą osób zatrudnionych na stanowisku opiekuna medycznego należy zachować proporcję liczby pielęgniarek do liczby opiekunów medycznych 1:3.*

(akta kontroli str. 344)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *stan liczbowy personelu w czasie dyżuru popołudniowego jest wystarczający do zapewnienia właściwej jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu. (...) W oparciu o nasze 20-letnie doświadczenie w prowadzeniu tego typu zakładu przy ustalaniu obsady personelu w poszczególnych okresach doby musi być uwzględniony naturalny rytm aktywności ludzi przewlekle chorych i niepełnosprawnych, a także ich wiek. W związku z tym, zwiększona obsada personelu przypada na czas od godziny 7.00 do 15.00. W tym czasie wykonywanych jest najwięcej czynności pielęgnacyjnych i leczniczych: wizyta lekarska z ustalaniem zleceń i ich realizacją, wykonywanie zabiegów pielęgniarstkich takich jak wlewy kroplowe, iniekcje, zmiany opatrunków, podawanie leków,*

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej nie określa limitów dla logopedów.

¹⁵ W przedziale czasowym 7.00-14.35.

¹⁶ W przedziale czasowym 14.35-19.00.

realizacja zleconych konsultacji i badań dodatkowych. Ta pora dnia jest również najbardziej odpowiednią dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej i terapii zajęciowej pacjentów. W tych godzinach również realizowana jest większość codziennych czynności pielęgnacyjnych, takich jak: kąpiel całego ciała, mycie głowy, obcinanie włosów, paznokci, golenie. W godzinach 7.00-15.00 przypadają również trzy posiłki: śniadanie, II śniadanie oraz obiad, przy których pomoc personelu jest niezbędna. Godziny popołudniowe to czas przeznaczony na odpoczynek pacjentów, spotkania z bliskimi oraz z wolontariuszami, dlatego ilość personelu jest zmniejszona. Rola ich sprowadza się do fachowej pomocy doraźnej i sprawowania nadzoru.

(akta kontroli str. 347)

2.6. Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych, realizowane w zakładach opiekuńczych obejmują rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego.

W 2017 r. w ZOL przebywało 207 pacjentów, z tego:

- 158 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 9 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono i nie wykonano ze względu na ich stan zdrowia;
- 11 pacjentów skierowano na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, ale odmówili oni poddania się zabiegowi;
- 29 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

Liczba pacjentów ocenianych na 0 pkt w skali Barthel w 2017 r. wyniosła 38, z tego:

- 22 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 5 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono, lecz ze względu na stan zdrowia nie wykonano zabiegów;
- 3 pacjentów skierowano na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, ale odmówili oni poddania się zabiegowi;
- 8 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

W 2018 r. w ZOL przebywało 209 pacjentów, z tego:

- 153 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 15 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono, lecz nie wykonano ich ze względu na stan zdrowia pacjentów;
- 8 pacjentów skierowano na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, ale odmówili oni poddania się zabiegowi;
- 33 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

Liczba pacjentów ocenianych na 0 pkt w skali Barthel w 2018 r. wyniosła 44, z tego:

- 26 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 8 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono, lecz nie wykonano ich ze względu na stan zdrowia pacjentów;
- nie było pacjentów skierowanych na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, którzy odmówili wykonania zabiegu;
- 10 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

W I półroczu 2019 r. w ZOL przebywało 73 pacjentów, z tego:

- 43 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 5 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono, lecz nie wykonano ich ze względu na stan zdrowia pacjentów;
- 3 pacjentów skierowano na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, ale odmówili oni poddania się zabiegowi;

- 22 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

Liczba pacjentów ocenianych na 0 pkt w skali Barthel w 2017 r. wyniosła 20, z tego:

- 12 pacjentom zlecono i wykonano zabiegi rehabilitacyjne;
- 2 pacjentom zabiegi rehabilitacyjne zlecono, lecz nie wykonano ich ze względu na stan zdrowia pacjentów;
- 1 pacjent skierowano na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza, ale odmówili oni poddania się zabiegowi;
- 5 pacjentów nie zostało skierowanych na rehabilitację.

(akta kontroli str. 127-128)

Analizę stopnia zapewnienia zabiegów rehabilitacyjnych pacjentom ZOL, przeprowadzono na losowo wybranej próbie 50 osób przebywających w ZOL. Ustalono, iż świadczenia rehabilitacyjne zostały udzielone 42 pacjentom, a w przypadku ośmiu osób, ich stan nie pozwalał na prowadzenie rehabilitacji.

(akta kontroli str. 61-111)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: (...) *jedyną przyczyną braku kwalifikacji do rehabilitacji jest ciężki stan pacjentów (...), u których zabiegi rehabilitacyjne mogą przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia.*

(akta kontroli str. 477)

W toku oględzin ustalono, że wszystkie materiały higieniczne były zakupione przez ZOL. Transport medyczny pacjentów prowadziła zewnętrzna firma usługowa, a wykonanie usługi potwierdzono fakturami VAT wraz z zestawieniami wykonanych transportów.

(akta kontroli str. 297-307)

2.7. W latach 2017-2019 (do 30 czerwca) w ZOL nie przebywali pacjenci z zakażeniem patogenem alarmowym¹⁷, jak również zakażenie patogenem alarmowym nie było bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta ZOL.

(akta kontroli str. 312)

W każdym roku objętym kontrolą w budynkach ZOL prowadzone były kontrole przewodów wentylacyjnych oraz przewodów kominowych i innych elementów kominowych. Kontrole te wykazały, że ww. urządzenia mieszczą się w obowiązujących normach, przewody są drożne i nadają się do użytkowania.

(akta kontroli str. 313-318)

W badanym okresie wszyscy pracownicy wykonujący czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym zatrudnieni w ZOL byli zaszczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Natomiast przeciw grypie zaszczepiono 9 osób (15%) wg stanu na 31 grudnia 2017 r. oraz 12 osób (20%) wg stanu na 31 grudnia 2018 r.

(akta kontroli str. 348)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słazowie przeprowadził trzy kontrole kompleksowe, w tym w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.

¹⁷ Patogeny alarmowe to drobnoustroje lekooporne i zagrażające życiu, których rozprzestrzenianie się stanowi poważny problem epidemiologiczny. Największy problem terapeutyczny stanowią szczepy wytwarzające β -laktamazy oraz karbapenemazy typu KPC, MBL (NDM-1), OXA-48, głównie u *Klebsiella pneumoniae* i *Escherichia coli*. Wykaz patogenów alarmowych został określony przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz. 1741).

o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁸. Zaleceń pokontrolnych nie wydano.

(akta kontroli str. 265, 278, 287)

2.8. W badanym okresie ZOL kontrolowany był przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (jedna kontrola) oraz przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Staszowie (trzy kontrole). Jednostki kontrolujące nie wydały żadnych zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 262, 265, 266, 271, 275, 278, 288, 292)

2.9. W związku z działalnością ZOL nie były kierowane skargi pacjentów lub ich rodzin zarówno do Centrum, jak również do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

(akta kontroli str. 308)

2.10. Uchwałą Zarządu z 3 lipca 2013 r. w Centrum utworzono Dział Farmacji. Utworzenie ww. komórki miało na celu prowadzenie nadzoru nad lekami dla pacjentów przebywających w ZOL.

(akta kontroli str. 341)

W dniu 2 lipca 2013 r. Świętokrzyski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny wydał zgodę na utworzenie działu farmacji w Centrum i dokonał jego wpisu do prowadzonego Rejestru Działów Farmacji Szpitalnej pod numerem 8540.12.2013.

(akta kontroli str. 342)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Działalność ZOL prowadzonego przez Centrum była zgodna z RPWDL. Dane zawarte w przekazywanych w badanym okresie sprawozdaniach MZ-29A o działalności zakładu długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej były zgodne z faktyczną działalnością ZOL.

Warunki lokalowe i sprzętowe ZOL zapewniały właściwe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pomieszczenia ZOL spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zarówno warunki lokalowe, jak i rodzaj posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego jest zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a posiadany sprzęt medyczny i pomocniczy był wykorzystywany w działalności ZOL.

Stan zatrudnienia w ZOL był zgodny z wymogami określonymi przez NFZ w umowach zawartych na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej, a wszystkie osoby udzielające świadczeń zostały wykazane w „Harmonogramie-zasoby”. Pacjenci, którzy nie posiadają prawidłowej siły mięśniowej i nie osiągnęli zdolności samoobsługi, mają zapewnioną odpowiednią rehabilitację.

Stan sanitarny ZOL zapewniał bezpieczeństwo pacjentom. Kontrole prowadzone przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ oraz przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Staszowie nie wykazały nieprawidłowości w funkcjonowaniu kontrolowanej jednostki. W związku z działalnością ZOL nie były kierowane skargi pacjentów lub ich rodzin zarówno do Centrum, jak również do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

¹⁸ Dz.U z 2019 r. poz. 1239.

3. Gospodarka finansowa ZOL

Opis stanu faktycznego

3.1.a) Wysokość uzyskiwanych w latach 2017, 2018 i 2019 (I półrocze) przychodów ogółem wyniosła: 4 109,7 tys. zł, 4 026,5 tys. zł i 2 101 tys. zł, z tego:

- kontrakt z NFZ: 2 835,8 tys. zł (69%), 2 767,5 tys. zł (68,7%) i 1 484,7 tys. zł (70,7%);
- opłaty pacjentów za pobyt i wyżywienie: 1 094,9 tys. zł (26,6%), 1 081 tys. zł (26,9%) i 535,2 tys. zł (25,5%);
- inne: 179 tys. zł (4,4%), 177,7 tys. zł (4,4%) i 81,1 tys. zł (3,9%), w tym:
 - dofinansowanie PFRON: 30,5 tys. zł (0,7%), 28,4 tys. zł (0,7%) i 11,9 tys. zł (0,6%);
 - darowizny: 43,6 tys. zł (1,1%), 36,8 tys. zł (0,9%) i 13,9 tys. zł (0,7%);
 - pozostałe przychody operacyjne: 104,9 tys. zł (2,6%), 112,5 tys. zł (2,8%) i 55,3 tys. zł (2,6%).

(akta kontroli str. 393)

3.1.b) W dniu 11 kwietnia 2017 r. Centrum zawarło umowę o dofinansowanie projektu pn. „Wzrost konkurencyjności Staszowskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. przez zakup innowacyjnych urządzeń leczniczych i wprowadzenie nowej usługi Intensywnej Rehabilitacji Medycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Działania 2.5 „Wsparcie inwestycyjne sektora MŚP Osi 2 konkurencyjna gospodarka” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. W ramach ww. umowy dofinansowano zakup urządzeń medycznych, tj. aparat do terapii falami uderzeniowymi z laserem wysokoenergetycznym, szyny, bieżnia antygravitacyjna oraz urządzenie do terapii ukierunkowaną falą radiową, a także oprogramowanie komputerowe. Rzeczywista wartość projektu wyniosła 596,4 tys. zł, z tego: 348,4 tys. zł (58,42%) wkład środków UE oraz 248,0 tys. zł (41,58%) wkład własny. Zakupiony sprzęt znajduje się w Centrum i jest wykorzystywany w działalności leczniczej, co potwierdziły oględziny dokonane w trakcie kontroli. Po zakończeniu procedury kontrolnej w dniu 6 października 2017 r. zatwierdzono wniosek o płatność, a w dniu 19 października 2017 r. poinformowano o przekazaniu płatności dofinansowania przez Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego.

(akta kontroli str. 361-392)

3.1.c) W trakcie kontroli na próbie rozliczeń za miesiące czerwiec, marzec, sierpień z lat 2017 i 2018 stwierdzono, że świadczenia realizowane w ramach umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ były sprawozdawane zgodnie z postanowieniami umowy.

(akta kontroli str. 358, 401-450)

3.1.d) Zasady odpłatności pacjentów za pobyt w zakładzie zostały określone w art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹ oraz § 8 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych²⁰. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70%

¹⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.

²⁰ Dz. U. z 2012 r. poz. 731.

miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

W trakcie kontroli zbadano prawidłowość ustalania odpłatności pacjentów przebywających aktualnie w zakładzie. Badanie przeprowadzone na losowo wybranej grupie 50 pacjentów, których pobyt finansowany był przez NFZ, w całym okresie pobytu pacjenta w ZOL w okresie od początku 2017 r. do końca czerwca 2019 r. wykazało, że miesięczne opłaty naliczono prawidłowo.

(akta kontroli str. 353-358)

Odnośnie zasad ustalania wysokości opłat wnoszonych przez pacjentów Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *Przy ustalaniu wysokości opłaty za pobyt w ZOL opieraliśmy się o decyzję organu emerytalnego określającą dochód pacjenta oraz oświadczenie pacjenta lub jego opiekuna, że jest to jedyne źródło jego dochodu. Nie prowadziliśmy innych czynności sprawdzających wiarygodność oświadczenia pacjenta lub jego opiekuna. Nie występowaliśmy do ZUS o potrącenie świadczeń za pobyt w ZOL, ponieważ nie było takiej konieczności. Wszyscy pacjenci regulowali na bieżąco opłaty za pobyt w naszym zakładzie. Opłaty za pobyt dokonywano bezpośrednio w kasie ZOL lub przelewem na konto firmy. Każdy pacjent lub jego opiekun przy przyjęciu do ZOL zawsze jest informowany o spoczywającym na nim obowiązku wynikającym z zapisów decyzji emerytalnej zgłoszenia organowi rentowemu lub emerytalnemu faktu przyjęcia do ZOL. Po otrzymaniu nowej decyzji z organu emerytalnego korygujemy stawkę opłaty za pobyt, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.*

(akta kontroli str. 451)

Do ZOL nie były kierowane osoby, które nie miały dochodu (renty, emerytury, osoby zobowiązanej do ich utrzymania), a także nie wystąpiły przypadki skierowania pacjentów do zakładu postanowieniem sądu.

(akta kontroli str. 359)

3.1.e) W badanym okresie w ZOL nie wystąpiły należności długoterminowe. Stan należności krótkoterminowych, tj. należności których termin wymagalności wynosił do 30 dni na koniec 2017 r. na koniec 2018 r. oraz na koniec czerwca 2019 r. wynosił odpowiednio: 410,4 tys. zł, 309,6 tys. zł i 328,2 tys. zł. Wynikały one z wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ. Nie wystąpiły należności wymagalne.

(akta kontroli str. 357, 452)

3.1.f) Centrum uzyskało dwie darowizny od Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych SA w kwocie po 1.000 zł każda. Darowizny zostały potwierdzone umowami darowizny zawartymi pomiędzy obiema stronami w dniach 19 grudnia 2018 r. oraz 22 maja 2019 r. Zgodnie z zapisami § 2 ww. umów darowizna zostaje przeznaczona na działalność statutową obdarowanego.

Ponadto, SCM otrzymało na rzecz ZOL łącznie 70 darowizn od osób fizycznych, z tego:

- w 2017 r. od 19 osób na łączną kwotę 43 607,15 zł;
- w 2018 r. od 21 osób na łączną kwotę 35 809,00 zł;
- w 2019 (do 30 czerwca) od 16 osób na łączną kwotę 12 913,00 zł.

SCM nie przekazywało darowizn w badanym okresie.

(akta kontroli str. 349-352, 357, 394)

3.1.g) Wysokość kosztów ZOL ogółem w latach 2017, 2018 i 2019 (I półrocze) wyniosła: 4423,2 tys. zł, 4707,5 tys. zł i 2442,9 tys. zł, z tego:

- amortyzacja: 343,9 tys. zł (7,8%), 300,1 tys. zł (6,4%) i 152,7 tys. zł (6,3%);

- zużycie materiałów i energii: 708,9 tys. zł (16%), 675,5 tys. zł (14,3%) i 331,3 tys. zł (13,6%), w tym leki 140,6 tys. zł (3,2%), 156,5 tys. zł (3,3%) i 85,5 tys. zł (3,5%);
- wynagrodzenia: 1975,8 tys. zł (44,7%), 2208,7 tys. zł (46,9%) i 1174,9 tys. zł (48,1%), w tym personelu medycznego 1810,3 tys. zł (40,9%), 2005,6 tys. zł (42,6%) i 1070,2 tys. zł (43,8%);
- usługi obce: 988,8 tys. zł (22,4%), 1055,7 tys. zł (22,4%) i 545,3 tys. zł (22,3%), w tym kontrakty z personelem medycznym: 235,3 tys. zł (5,3%), 220,1 tys. zł (4,7%) i 112,2 tys. zł (4,6%);
- ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia: 332,2 tys. zł (7,5%), 401,5 tys. zł (8,5%) i 197,2 tys. zł (8,1%);
- podatki i opłaty: 73,6 tys. zł (1,7%), 66 tys. zł (1,4%) i 41,5 tys. zł (1,7%).

(akta kontroli str. 393)

Roczne koszty wyżywienia pacjentów (w formie cateringu) wyniosły odpowiednio: 485,5 tys. zł, 564,1 tys. zł oraz 291,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 475)

3.1.h) W badanym okresie w Centrum nie udzielano zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej podmiotom zewnętrznym. W każdym roku objętym badaniem SCM posiadało zawartych 11 umów cywilno-prawnych z zewnętrznymi usługodawcami (osobami fizycznymi), z tego siedem umów ze specjalistycznymi gabinetami lekarskimi, jedną umowę z gabinetem psychologa oraz trzy inne umowy (na usługi informatyczne, prawnicze oraz doradztwa finansowego). Osoby te były później wykazywane w „Harmonogramie-zasoby” stanowiącym załącznik do umowy z NFZ.

(akta kontroli str. 398)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *umowy na udzielanie usług medycznych w zakresie poszczególnych specjalizacji są zawarte z lekarzami, którzy wcześniej byli naszymi długoletnimi pracownikami (od kilku do kilkunastu lat), ale z powodu osobistych decyzji zmienili w latach 2015 i 2016 formę zatrudnienia. Wartość merytoryczna i przydatność tych pracowników była nam znana już wcześniej, a więc nie było potrzeby udzielania ww. zamówień. W stosunku do tych pracowników stosowanie outsourcingu dla firmy było uzasadnione ekonomicznie, a znana nam już wcześniej ich fachowość i sumienność gwarantują prawidłową realizację nałożonych na nich zadań.*

(akta kontroli str. 397)

Na podstawie ewidencji prowadzonych w Centrum ustalono, że w latach 2017, 2018 i 2019 (I półrocze):

- średnia miesięczna odpłatność 1 pacjenta: 991,85 zł, 979,46 zł i 959,10 zł;
- średnia odpłatność pacjenta za 1 osobodzień: 36,60 zł, 36,68 zł, i 35,70 zł;
- miesięczne koszty utrzymania 1 pacjenta: 4006,50 zł, 4264,14 zł i 4377,97 zł;
- stawka 1 osobodnia wg kosztów: 147,85 zł, 159,70 zł i 162,97 zł;
- stawka żywieniowa za 1 osobodzień: 21,16 zł, 21,16 zł i 23,28 zł;
- stawka za leczenie²¹ za 1 osobodzień: 17,40 zł, 16,80 zł, i 14,60 zł;
- stawka za 1 osobodzień wg umowy z NFZ: 77,00 zł, 77,00 zł i 85,00 zł;
- różnica między stawką 1 osobodnia (wg kosztów), a stawką wg wykonania: 34,25 zł, 46,02 zł i 42,27 zł.

(akta kontroli str. 360)

²¹ Tj. koszt leków, środków opatrunkowych i pomocniczych materiałów medycznych.

Różnica między stawką 1 osobodnia (wg kosztów), a stawką wg wykonania miała wartość dodatnią i wyniosła odpowiednio: 34,25 zł, 46,02 zł i 42,27 zł. Oznacza to, że w badanym okresie ZOL przynosił stratę.

Wyjaśniając z jakich środków finansowano powyższą stratę, a także dlaczego SCM ubiegało się o kontrakt na prowadzenie ZOL skoro jego działalność przynosiła stratę, Prezes Zarządu wyjaśnił, że: SCM (...) od czasu utworzenia prowadzi działalność wyłącznie w zakresie świadczeń medycznych. Głównym celem utworzenia naszej firmy i dominującą 80% formą jej działalności jest świadczenie usług medycznych z zakresu Stacjonarnej Opieki Długoterminowej dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych pacjentów. Staszowskie Centrum Medyczne świadczy również inne usługi medyczne, ale w mniejszym stopniu zaangażowania w ogólnej puli świadczeń: Hospicjum Stacjonarne (15%), Ambulatoryjne Świadczenia Specjalistyczne (4%) i Rehabilitacja Ambulatoryjna (1%). Rozsądnie prowadzona polityka finansowa pozwala na bilansowanie się tych różnych form działalności medycznej i spółka przez 19 lat działalności nie odnotowała ujemnego bilansu. Wypracowane przez te lata zyski w całości przeznaczone były na poszerzenie i unowocześnienie bazy lokalowej i sprzętowej ZOL. Strata z działalności Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego wykazana w latach 2017 i 2018 oraz do końca czerwca 2019 pokrywana była na bieżąco z osiągniętych w tych okresach zysków z realizowanych innych form działalności medycznej prowadzonych przez Staszowskie Centrum Medyczne tj. opieka hospicyjna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja ambulatoryjna.

Decyzję o wyborze kierunku oraz systematycznym rozwoju tej formy świadczeń medycznych jaką stanowi Stacjonarna Opieka Długoterminowa podjęliśmy 20 lat temu w oparciu o:

- własne doświadczenia jako pracowników medycznych pracujących wcześniej w innych strukturach opieki zdrowotnej;
- nieubłagane dane demograficzne wskazujące na nadchodzący ogromny problem z zabezpieczeniem opieki medycznej dla starzejącego się społeczeństwa.

(...) Realizowana przez nas forma usług medycznych w postaci Stacjonarnej Opieki Długoterminowej nie stanowi dotychczas „błysku” finansowego” – również w oparciu o nasze dane, ale dostrzegamy pewne przesłanki dojrzewania społecznego do zauważenia tego problemu i podejmowania prób naprawy. Wśród tych przesłanek „nadziei” trzeba wymienić:

- skromny, ale systematyczny wzrost przeliczników finansowych przy wycenie kosztów tzw. osobodnia pobytu w ZOL i uzależnienie go od stanu klinicznego pacjenta;
- niepełne, ale jednak pokrywanie kosztów tzw. „nadwykonań”;
- skromna, ale jednak rewaloryzacja świadczeń emerytalnych, szczególnie tych najniższych, a takie w większości dotyczą naszego regionu.

Ogromne zapotrzebowanie społeczne, nasze niemal 20-letnie doświadczenie oraz wymienione powyżej przesłanki nadziei poprawy finansowej były i są nadal powodem ubiegania się przez nasz zakład o kontrakty z NFZ na realizację zadań z zakresu opieki długoterminowej w ramach ZOL.

(akta kontroli str. 396, 397)

3.1.i) W latach 2017, 2018 i 2019 (I półrocze) w ZOL zatrudniano ogółem odpowiednio: 76, 77 i 79 pracowników²², z tego:

²² W tym po 11 umów cywilno-prawnych z zewnętrznymi usługodawcami w każdym roku.

- 1) na umowę o pracę 51 osób, tj. osiem pielęgniarek (15,7%), dziewięciu fizjoterapeutów (17,6%), jednego terapeuty zajęciowego (2%), 30 opiekunek (58,8%), trzy osoby pozostałego personelu (5,9%) – w każdym roku;
- 2) na umowę zlecenie:
 - 14 osób, tj. dwóch lekarzy (14,3%), 10 pielęgniarek (71,4%), dwie osoby pozostałego personelu (14,3%) – w 2017 r.;
 - 15 osób tj. trzech lekarzy (20%), 10 pielęgniarek (66,7%), dwie osoby pozostałego personelu (13,3%) – w 2018 r.;
 - 17 osób tj. 3 trzech (17,6%), 10 pielęgniarek (58,9%), jednego terapeuty zajęciowego (5,9%), trzy osoby pozostałego personelu (17,6%) – w 2019 r. (do 30 czerwca);
- 3) umowy cywilno-prawne dotyczyły odpowiednio:
 - specjalistycznych gabinetów lekarskich: 7, 7 i 7;
 - gabinetu psychologa: 1, 1 i 1;
 - innych usług²³: 3, 3 i 3.

Koszty wynagrodzeń²⁴ w poszczególnych latach kształtowały się odpowiednio następująco²⁵:

- koszty wynagrodzeń lekarzy: 39,5 tys. zł (0,9%), 50,3 tys. zł (1,1%) i 24,7 tys. zł (1%);
- koszty wynagrodzeń pielęgniarek 624,5 tys. zł (14,1%), 677,1 tys. zł (14,4%) i 404 tys. zł (16,5%);
- koszty wynagrodzeń fizjoterapeutów 309,4 tys. zł (7%), 335,9 tys. zł (7,1%) i 173,7 tys. zł (7,1%);
- koszt wynagrodzenia terapeuty zajęciowego 29,9 tys. zł (0,7%), 31,9 tys. zł (0,7%) i 18 tys. zł (0,74%);
- koszty wynagrodzeń opiekunów medycznych 807 tys. zł (18,2%), 910,4 tys. zł (19,3%) i 461,8 tys. zł (18,5%);
- koszty wynagrodzenia pozostałych pracowników 41,3 tys. zł (0,9%), 59,6 tys. zł (1,3%) i 47 tys. zł (1,9%).

Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło odpowiednio:

- umowa o pracę: 2608,86 zł, 2948,70 zł i 3114,88 zł;
- umowa zlecenie: 1517,86 zł, 1447,28 zł i 1628,43 zł;
- umowa cywilno-prawna: 2078,48 zł, 1945,71 zł i 1929,91 zł, w tym:
 - lekarze: 2444,52 zł, 2352,90 zł i 2384,86 zł;
 - psycholog: 2500 zł, 1875 zł i 1666,67 zł;
 - pozostałe: 1083,89 zł, 1019,17 zł i 956,11 zł.

(akta kontroli str. 393, 398-400)

Wynik finansowy osiągnięty przez Centrum w latach 2017 i 2018 był dodatni i wynosił 487,9 tys. zł, w 2018 r. 404,3 tys. zł, a w I półroczu 2019 r. był ujemny i wyniósł „minus” 35,4 tys. zł. Wynik finansowy ZOL był ujemny i wyniósł odpowiednio: „minus” 313,4 tys. zł, „minus” 680,1 tys. zł i „minus” 341,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 469-474)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Świadczenia realizowane w ramach umów zawartych z NFZ były prawidłowo sprawozdawane, a wysokość miesięcznej opłaty za pobyt pacjentów ustalano

²³ Usługi informatyczne, prawnicze i doradztwo finansowe.

²⁴ Obejmują wynagrodzenia osobowe i bezosobowe, bez medycznych usług obcych.

²⁵ W nawiasach podano udział procentowy poszczególnych kosztów w kosztach ogółem.

w prawidłowy sposób. W badanym okresie nie wystąpiły należności wymagalne, a uzyskane środki publiczne wykorzystano zgodnie z przeznaczeniem. Działalność ZOL przyniosła stratę, którą sfinansowano z innych usług medycznych prowadzonych przez Centrum.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o:

1. Zamieszczanie w rejestrze oczekujących prowadzonym w Centrum numeru telefonu kontaktowego oraz przybliżonego terminu przyjęcia pacjenta zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie wewnętrznym Centrum.
2. Przestrzeganie przez ZOL obowiązku uzyskiwania zgody przedstawiciela ustawowego, bądź zezwolenia sądu opiekuńczego przy przyjmowanie do ZOL pacjentów, którzy są niezdolni do świadomego wyrażenia zgody na pobyt w ZOL.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Kielce, listopada 2019 r.

Kontroler
Jerzy Stachowiak
Główny specjalista kp.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

.....
podpis

.....
podpis

