

DOZ.III.1711.11.1.2018

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

sporządzone na podstawie § 25 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r.
w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych



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

Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego – pracownicy Wieloosobowego Stanowiska ds. Kontroli
<i>Przeprowadzający kontrolę</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Ewa Murzec – główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.62.2018 z dnia 06.06.2018r.2. Magdalena Tomska – inspektor, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.63.2018 z dnia 06.06.2018r. <p style="text-align: right;"><i>(Dowód: akta kontroli str. 1-2 .Upoważnienia do kontroli)</i></p> <p>Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych Zespół kontrolujący złożył podmiotowi uprawnionemu do kontroli pisemne oświadczenia o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli, stosownie do § 5 ust 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015r., poz. 1331)</p> <p style="text-align: right;"><i>(Dowód: akta kontroli str. 3-4 Oświadczenia kontrolujących z dnia 07.05.2018r. o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli)</i></p>
	Kontrolę wpisano do książki kontroli pod poz. 2/2018
<i>Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych</i>	Od 11.06 do 15.06.2018r.
<i>Zakres kontroli</i>	Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w 2017r. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w <i>Wystąpieniu pokontrolnym</i> z dnia 24.11.2016r., znak; DOZ.III.1711.18.1.2016.
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze
<i>Kierownictwo jednostki kontrolowanej</i>	Pan Jerzy Chojnacki – Dyrektor Pani Izabela Lipowczyk – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Ocena działalności Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej, tj. celowości, gospodarności i rzetelności.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen¹, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność jednostki kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono **pozytywnie uchybieniami**.

Powyższa ogólna ocena działalności Jednostki kontrolowanej wynika z następujących poniżej przedstawionych ocen cząstkowych, odnoszących się do poszczególnych obszarów wytypowanych do kontroli.

Opis ustalonego stanu faktycznego

W ramach kontroli sprawdzono działalność podmiotu leczniczego w poniższych sekcjach tematycznych:

- I. Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym.
- II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Stan faktyczny poszczególnych zagadnień kontroli przedstawiony został w kolejności wyszczególnionej w *Programie kontroli* zatwierdzonym przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w dniu 06.06.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 5-8 Program kontroli)

Sprawdzono również wykonanie 2 wniosków pokontrolnych, sformułowanych w *Wystąpieniu pokontrolnym* z dnia 24.11.2016r., znak: DOZ.III.1711.18.2016, wydanych przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego po kontroli dotyczącej realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych – za 2015r. o treści:

1. *Ujednolicić zapisy Statutu w zakresie nazewnictwa komórki organizacyjnej pn. Poradnia Rehabilitacyjna tak aby była ona jednakowa w Statucie, Regulaminie i Księdze rejestrowej.*

¹ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna

2. W celu wyeliminowania uchybienia, polegającego na niedokonywaniu przez jednego z członków Zespołu, powołanego Zarządzeniem Dyrektora nr 3/2015 z dnia 09.03.2015r. oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń należy stosować zapisy określone w ww. Zarządzeniu, w szczególności poprzez włączenie do prac Zespołu ds. Oceny Przyjęć Emilię W. – członka zespołu.
- Ewentualnie należy rozważyć możliwość modyfikacji treści ww. dokumentu poprzez doprecyzowanie sytuacji, w której dopuszcza się do prac Zespołu ds. Oceny Przyjęć Emilię W.

Szczegółowa ocena stanu realizacji ww. wniosków pokontrolnych została ujęta odpowiednio do zakresu, przy opisie zagadnień niniejszej kontroli i w części *Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosków z Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.18.1.2016) – część I i II.

Wnioski pokontrolne zostały zrealizowane.

I. Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym

*Opis stanu
faktycznego*

Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, w okresie objętym kontrolą, działało w oparciu o *Statut* stanowiący załącznik do uchwały Nr XXI/371/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 czerwca 2012r. (z póź.zm.).

Przepis art. 35 ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw², nałożył na kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmioty tworzące obowiązek dostosowania w terminie do 31.12.2017r. m.in. statutów do przepisów ustawy zmienionej w art. 1, w brzmieniu nadanym ww. ustawą. W związku z powyższym, Sejmik Województwa Świętokrzyskiego podjął uchwałę Nr XXXVIII/543/17 z dnia 20.11.2017r. w sprawie nadania *Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze*. Dokument ten został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017r. pod pozycją 3540 i wszedł w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia tj. 13.12.2017r.

² Ustawa z dn. 10.06.2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016 poz. 960)

Mając na uwadze uregulowania wynikające z ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym³, które w art. 22 obligują *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej do zgłaszania do rejestru dotyczące go informacje oraz zmiany tych informacji nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu*, ustalono, że zmiana Statutu została zgłoszona do Krajowego Rejestru Sądowego w trakcie trwania czynności kontrolnych tj. w dniu 13.06.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 9-13 Wniosek KRS-Z22)

Główna Księgowa – Janina K. w tym zakresie złożyła wyjaśnienia informując, że *Uchwałą Nr XXXVIII/543/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20 listopada 2017r. w sprawie nadania Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze został nadany Statut w brzmieniu stanowiącym załącznik do ww. uchwały. Zmiana statutu nie została dokonana w rejestrze KRS w ustawowym terminie z powodu nawału spraw związanych z zakończeniem roku. Wniosek o dokonanie powyższej zmiany został złożony w dniu 13.06.2018r.*

(Dowód: akta kontroli str. 14 Wyjaśnienie Głównej Księgowej)

Według informacji Starszego Inspektora ds. Kadr – Mieczysławy C. w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, w okresie objętym kontrolą, obowiązywał *Regulamin Organizacyjny Szpitala z dnia 31.03.2016r. pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną w uchwale nr 1/2016 z dnia 17.03.2016r. i wprowadzony Zarządzeniem nr 4/2016 Dyrektora Szpitala z dnia 31.03.2016r. Następnie, po wyrażeniu pozytywnej opinii przez Radę Społeczną w uchwale nr 1/2017 z dnia 08.02.2017r., Dyrektor Zarządzeniem nr 7/2017 z dnia 09.02.2017r. zamieścił zmiany ww. dokumentu i ustalił tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego z dnia 09.02.2017r. Modyfikacje dotyczyły: dodania, w Schemacie organizacyjnym, stanowiska „dietetyk” podległego Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz „przeniesienia” stanowiska „kapelan szpitalny” z działalności podstawowej (medycznej) do części administracyjnej.*

Do tekstu ww. Regulaminu Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2017 z dnia 06.06.2017r. wprowadzono aktualizację wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową

³ Ustawa z dn.20.08.1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U.2017.700 t.j., z późn. zm.)

albo całkowitą odpłatnością. Pozytywna opinia Rady Społecznej w tej sprawie została wyrażona w uchwale nr 3/2017 z dnia 05.06.2017r.

(Dowód: akta kontroli str. 15-16 Zestawienie Starszego Inspektora ds. Kadr)

Mając na uwadze przepis art. 35 ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, który nakładał na kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosowanie w terminie do 31.12.2017r. również regulaminów organizacyjnych do przepisów zmienianej ustawy ustalono że Zarządzeniem wewnętrznym nr 41/2017 z dnia 22.12.2017r. Dyrektor Szpitala zmienił Regulamin Organizacyjny z dnia 09.02.2017r. po uprzednim wyrażeniu pozytywnej opinii w uchwale nr 7/2017 Rady Społecznej z dnia 21.12.2017r.

Badanie dokumentu pozwoliło na stwierdzenie, że *Regulamin Organizacyjny Szpitala* z dnia 22.12.2017r. zawierał wszystkie elementy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej⁴ (zwana dalej u.d.l.). Ponadto, stwierdzono, że obligatoryjne informacje zawarte w *Regulaminie Organizacyjnym*, dotyczące:

- a) wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- b) wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością stosownie do art. 24 ust. 2 u.d.l., zostały podane do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala, na Jego stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej.

Mając na uwadze art. 24 ust. 1 pkt 11 u.d.l., który stanowi, że *wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym* – Dyrektor Szpitala oświadczył, że *w związku z brakiem możliwości przechowywania zwłok dłużej niż 72 godziny, w przypadku śmierci pacjenta zwłoki mogą być przewiezione*

⁴ Ustawa z dn. 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz.160 ze zm.)

do najbliższego prosektorium w Końskich. Informacja ta jest upubliczniona na stronie internetowej Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji wraz z możliwością uzyskania informacji w sprawie cen w tym zakresie

(Dowód: akta kontroli str. 17 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że struktura organizacyjna Zakładu określona w Schemacie stanowiącym załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego, w tym wykaz komórek organizacyjnych, w których prowadzona jest działalność związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – odpowiada treści Księgi rejestrowej (nr 000000014611) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

Mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 1) lit b) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, który stanowi, że *do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności*, na podstawie oświadczenia złożonego przez Dyrektora Szpitala ustalono, że w okresie objętym kontrolą nie dokonano żadnych działań w ww. zakresie.

(Dowód: akta kontroli str. 18 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosku z Wystąpienia pokontrolnego (DOZ.III.1711.18.1.2016).

Realizacja zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym i Statucie

W części I *Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.18.1.2016) wydanego po przeprowadzeniu w 2016 roku kontroli w Szpitalu, w zakresie „*Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych*” za 2015r. wniesiono o realizację wniosku pokontrolnego, o treści:

Ujednolicić zapisy Statutu w zakresie nazewnictwa komórki organizacyjnej pn. Poradnia Rehabilitacyjna tak aby była ona jednakowa w Statucie, Regulaminie i Księdze rejestrowej.

W ramach czynności sprawdzających poddano kontroli zgodność Statutu z Regulaminem Organizacyjnym i treścią Księgi rejestrowej w obszarze ujednoczenia nazewnictwa jednej z komórek organizacyjnych tj. Poradni Rehabilitacyjnej.

Na podstawie okazanego pisma z dnia 03.01.2017r., znak: L.dz.26/2017 skierowanego do Zarządu Województwa Świętokrzyskiego ustalono, że Dyrektor Szpitala zawniósł, na podstawie § 20 ust. 2 Statutu o zatwierdzenie zmiany w Statucie Szpitala, polegającej

na ujednoczeniu nazewnictwa poradni realizującej świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

(Dowód: akta kontroli str. 19 Wniosek Dyrektora Szpitala)

W oparciu o Statut nadany Świętokrzyskiemu Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego w uchwale nr XXXVIII/543/17 wykazano, że zmiana, o której mowa została wprowadzona w dniu 20.11.2017r.

Ocena cząstkowa
wraz z uzasadnieniem

Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności

Działalność Szpitala, w badanym obszarze, oceniona została **pozytywnie z uchybieniem**.

Pozytywna ocena odnosi się do: dostosowania, w wyznaczonym przez ustawodawcę terminie, Statutu oraz Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego do przepisów ustawy o działalności leczniczej, zgodności w zakresie struktury organizacyjnej określonej w Regulaminie Organizacyjnym w stosunku do treści zawartej w Księdze Rejestrowej. Stwierdzone uchybienie miało związek z nieterminowym złożeniem wniosku o dokonanie zmian w KRS w związku z nadaniem przez podmiot tworzący Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

Wskazanie imienia
i nazwiska osoby
odpowiedzialnej
za powstanie
stwierzonego
uchylenia

Za stwierdzone uchybienie, odpowiedzialny jest Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze – Pan Jerzy Chojnacki.

II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano: liczbę udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług, sposób i kryteria ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenie lub usługi opieki zdrowotnej, sprawdzenie zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych po konkursie przeprowadzonym według procedur określonych w przepisach, udzielania zamówień na świadczenie zdrowotne i zawarcie umów, tryb postępowania ze skargami i wnioskami wnoszonymi przez pacjentów na działalność jednostki, proces ankietyzacji satysfakcji pacjenta, system zarządzania w tym posiadane certyfikaty, wykorzystanie aparatury

i sprzętu medycznego, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Poniżej szczegółowo przedstawiono ustalenia kontroli według wyżej wymienionych zagadnień.

Liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług w 2017r. Analiza trendu (porównawczo I kwartał 2017r. (stan na 31.03.2017r.) do IV kwartału 2017r. (stan na 31.12.2017r.).

Opis stanu faktycznego

Według informacji z Zestawienia przygotowanego przez Główną Księgową – Janinę K., Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – Oddział w Kielcach, w okresie objętym kontrolą, kontrakt o łącznej wartości (umowy wraz z aneksem) 8 590 411,10 zł. Przedmiotem umów były świadczenia zdrowotne realizowane w ramach: rehabilitacji leczniczej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.

Ustalono, że Jednostka podpisała z NFZ – Oddział w Kielcach ugody dotyczące 2017r. o wartości 57 059,02 zł. W efekcie Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, w kontrolowanym okresie, realizowało kontrakt o łącznej wartości 8 647 470,12 zł., zaś wykonanie osiągnęło poziom 8 641 715,70 zł., co stanowiło 99,93 % wartości podpisanych umów i ugód.

(Dowód: akta kontroli str. 20 Zestawienie umów zawartych z NFZ sporządzone przez Główną Księgową)

Główna Księgową – Janina K., w piśmie z dnia 25.06.2018r. wyjaśniła, że wartość wykonanego kontraktu w porównaniu do wartości kontraktu z NFZ z aneksami wynosi 99,93%. Jest to wynikiem zaniżonej wartości wykonania świadczeń wynikających z rozporządzenia zmieniającego OWU Rehabilitacja lecznicza na wartość 3 720,00 zł. i nie uznania przez NFZ koincydencji w Oddziale Rehabilitacji I na wartość 2 034,42 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 20 a Wyjaśnienie Głównej Księgowej)

Stosownie do treści Statutu i Regulaminu organizacyjnego – Szpital prowadził, działalność leczniczą rodzaju: *stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne* w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Czarnieckiej Górze 43.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze określony został w procedurach przyjętych według normy ISO 9001:2008 w tym: nr G 4.1 – *Przyjęcie pacjenta na oddział*, nr G4 – *Całodobowa opieka pielęgniarska* i nr G 3.2 – *Opieka nad pacjentem w poradni rehabilitacyjnej* oraz w Regulaminie Organizacyjnym. Według ww. uregulowań pacjenci przyjmowani są w systemie planowym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę lub lekarza pierwszego kontaktu, z ustalonym lub przypuszczalnym rozpoznaniem. Termin planowanego przyjęcia pacjenta do Szpitala wyznaczany jest w Izbie Przyjęć po uprzedniej kwalifikacji przez lekarza. Z kolei, do Poradni Rehabilitacyjnej pacjenci przyjmowani są w celu kontynuacji leczenia oraz oceny postępu opieki lekarskiej i procesu rehabilitacji. Szpital umożliwia rejestrację pacjentów osobiście, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznie oraz drogą elektroniczną.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marię Z, ustalono, że w okresie objętym kontrolą, w Szpitalu leczono łącznie 8148 osób, w tym: w oddziałach Szpitala 5579 pacjentów oraz w Poradni/Fizjoterapii AmbulATORYJNEJ 2569 osób. W IV kwartale 2017r. w porównaniu do I kwartału 2017r., wystąpił spadek liczby leczonych zarówno na oddziałach jak i w poradni/ambulatorium. I tak na oddziałach liczba leczonych pacjentów zmniejszyła się o 156 osób tj. o 10,87% (w I kwartale 2017r. – 1435, w IV kwartale 2017r. – 1279), zaś w poradni/ambulatorium o 339 porady, czyli 40,26% (w I kwartale 2017r. – 842, w IV kwartale 2017r. – 503). Ponadto z ww. informacji wynika, że w 2017r. Szpital dysponował 138 łózkami.

(Dowód: akta kontroli str. 21 Zestawienie Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

Biorąc pod uwagę liczbę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania, szczegółowej analizie poddano wykonanie usług medycznych w 2017r., w trzech oddziałach oraz w poradni i fizjoterapii ambulatoryjnej, funkcjonujących w określonych godzinach pracy. W oparciu o zestawienia sporządzone przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marię Z., zapisy w Księdze Rejestrowej oraz stronę internetową Szpitala ustalono, że:

1. **Oddział Rehabilitacji I⁵** – rozpoczął swoją działalność w dniu 01.01.1991r., kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej: 4300. Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń z zakresu rehabilitacji i liczy 69 łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w IV kwartale 2017r. osiągnął poziom 84,06%, co w porównaniu do I kwartału 2017r. stanowiło spadek o 8,69 %. W poddanym kontroli okresie leczono 1813 osoby, co stanowiło 32,50% leczonych na wszystkich oddziałach podmiotu leczniczego. Liczba leczonych w IV kwartale 2017r. zmniejszyła się w stosunku do I kwartału 2017r. o 46 osób (w IV kwartale 2017r. – 414, w I kwartale 2017r. – 460).
2. **Oddział Rehabilitacji II⁶** – funkcjonuje od 01.01.1991r. Kod identyfikacyjny: 4300. Na oddziale udzielane są kompleksowe świadczenia z zakresu rehabilitacji. Komórka liczy 69 łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w IV kwartale 2017r. w stosunku do I kwartału 2017r. zmalał o 5,80 % i osiągnął poziom 89,85 %. Na oddziale leczono 1831 osób, co stanowiło 32,82% leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. W IV kwartale 2017r. zaobserwowano trend spadkowy liczby leczonych o 7 osób w stosunku do I kwartału 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 444 pacjentów, w I kwartale 2017 – 451 pacjentów).
3. **Oddział Rehabilitacji Diennej** – wpisany z kodem: 2300 rozpoczął działalność w dniu 01.10.2010r. Działalność komórki związana jest m.in. z prowadzeniem kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego przy wykorzystaniu indywidualnie dobranych metod m.in. Mc Kenzi, PNF, Lehneth-Scgroth. Oddział nie posiada bazy łóżkowej. W badanym okresie leczono 1935, co stanowiło 34,68% ogólnej liczby leczonych w zakresie szpitalnym. W IV kwartale 2017r. obserwuje się zmniejszenie liczby leczonych pacjentów o 103 w porównaniu do I kwartału 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 421 pacjentów, w I kwartale 2017r. – 524 pacjentów).
4. **Poradnia Rehabilitacyjna** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1300. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.07.2005r. i zapewnia ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenia zdrowotne m.in. w zakresie schorzeń narządu ruchu o etiologii neurologicznej, ortopedycznej, urazowej i reumatologicznej. W okresie objętym kontrolą udzielono 2092 porady, co stanowiło

⁵ Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora *Oddział Rehabilitacji I przyjmuje w większości dzieci. Powyższe wynika z warunków lokalowych gdzie w obrębie Oddziału jest świetlica z zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi, a na niższej kondygnacji znajduje się przedszkole i Zespół Szkół Specjalnych (Dowód: akta kontroli str. 21A)*

⁶ Oddział przyjmuje osoby dorosłe

81,43 % wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. udzielono o 281 porady mniej niż w I kwartale 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 398, w I kwartale 2017r – 679). Zgodnie z informacjami umieszczonymi na Portalu Potencjału NFZ, ustalono, że w 2017r. świadczenia zdrowotne udzielane były 3 dni w tygodniu od wtorku do czwartku⁷, w godzinach: wtorek od 11:00 do 18:00, środa od 7:30 do 11:30, czwartek od 9:00 do 12:00.

5. **Fizjoterapia ambulatoryjna** – rozpoczęła działalność w dniu 01.01.2008r., pod nr kodu: 1310. W ww. komórce wykonywane są zabiegi fizjoterapeutyczne. W badanym czasie udzielono 477 porad, co stanowiło 18,57% wszystkich wykonanych usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. zrealizowano 105 porad, czyli o 58 mniej w porównaniu do danych z I kwartału 2017r. (163). Dostęp do świadczeń zdrowotnych zapewniony był 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:25 do 18:00.

(Dowód: akta kontroli str. 22-26 Zestawienia sporządzone przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa oraz Starszego Inspektora ds. Kadr)

Na podstawie przedłożonego do kontroli zestawienia odmów przyjęcia pacjenta ustalono, że w badanym okresie w jednym przypadku, z powodu zakwalifikowania osoby do wcześniejszej rehabilitacji neurologicznej, odmówiono przyjęcia pacjenta.

(Dowód: akta kontroli str.27 Zestawienie sporządzone przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

Sposób i kryteria ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia lub usługi opieki zdrowotnej.

Opis stanu faktycznego

W trakcie kontroli szczegółowej analizie poddano kolejki oczekujących na przyjęcie do komórek organizacyjnych, w których w których pacjenci oczekiwali na przyjęcie.

Według zestawień sporządzonych przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marię Z., potwierdzonych wydrukami z systemu komputerowego, na dzień 31.03.2017r. odnotowano kolejki:

1. na Oddziale Rehabilitacji I: 60 przypadki stabilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach kolejki wynosił 38 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;

⁷ przez 2 lekarzy chorób wewnętrznych, posiadających szkolenie specjalizacyjne z rehabilitacji medycznej oraz 1 lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej,

2. na Oddziale Rehabilitacji II: 1413 przypadki stabilne i 2 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 341 dni dla przypadków stabilnych i 3 dla przypadków pilnych;
3. na Oddziale Rehabilitacji Diennej: 736 przypadki stabilne i 6 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania wynosił 321 dni dla przypadków stabilnych i 2 dla przypadków pilnych;
4. w Poradni Rehabilitacyjnej: na przyjęcie oczekiwało 47 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 20 dni, nie odnotowano przypadków pilnych;
5. w Fizjoterapii Ambulatoryjnej: w kolejce oczekiwało 367 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 291 dni i 1 pacjent skategoryzowany jako pilny z czasem oczekiwania 3 dni.

Z kolei na dzień 31.12.2017r.

1. na Oddziale Rehabilitacji I: 2 przypadki stabilne i 1 przypadek pilny. Średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił odpowiednio 19 dni dla przypadków stabilnych i 2 dla przypadków pilnych;
2. na Oddziale Rehabilitacji II: 1622 przypadki stabilne i 5 przypadki pilne, z czasem oczekiwania odpowiednio 528 dni dla przypadków stabilnych i 2 dla przypadków pilnych;

W związku z dużą różnicą liczby oczekujących pacjentów na przyjęcie do Oddziałów Rehabilitacji I i II, Dyrektor Szpitala wskazał, że *Oddział Rehabilitacji I przyjmuje w większości dzieci (...). Przyjęcia mają charakter sezonowy tzn. więcej jest osób oczekujących w okresie letnim, a mniej w okresie jesienno-zimowym (szczególnie w grudniu, kiedy jest okres Świąt Bożonarodzeniowych). Stąd wynika tak mała liczba osób oczekujących w grudniu na przyjęcie w Oddział Rehabilitacji I.*

(Dowód: akta kontroli patrz str.21A)

3. na Oddziale Rehabilitacji Diennej: 757 przypadki stabilne i 1 przypadek pilny. Średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił 434 dni dla przypadków stabilnych i 2 dla przypadków pilnych;
4. w Poradni Rehabilitacyjnej: na przyjęcie oczekiwało 19 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 17 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
5. w Fizjoterapii Ambulatoryjnej: w kolejce oczekiwało 379 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 369 dni. Brak pacjentów pilnych.

(Dowód: Dowód: akta kontroli str. 28-31 Zestawienie sporządzone przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa, wydruk kolejek oczekujących)

Na pytanie kontrolujących co było przyczyną istniejących kolejek oczekujących ww. komórkach organizacyjnych, Dyrektor Szpitala oświadczył, że *kolejki oczekujących pacjentów na zrealizowanie świadczenia wynikają z: 1. umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na określoną liczbę punktów; 2. dużej liczby pacjentów nie tylko po zabiegach, ale również z chorobami przewlekłymi układu kostno - stawowego; 3. stałej liczby łóżek w szpitalu – 138 sztuk.*

(Dowód: akta kontroli str. 32 oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Mając na uwadze przepisy prawne określone w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸ (zwana dalej u.ś.o.z.) oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia: 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁹ i 9 listopada 2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, kontrolujący przystąpili do analiz list oczekujących. W tym zakresie ustalono, że w podmiocie leczniczym listy prowadzone są w formie elektronicznej w ramach systemu informatycznego KS - PPS. Miejscem przechowywania list jest serwer Szpitala. Szczegółowym oględzinom poddano 47 wpisów na listę oczekujących na świadczenia w poradni rehabilitacyjnej za grudzień 2017r. W wyniku dokonanej analizy ustalono, że na 47 przypadków zapisanych do Poradni: 28 skreślono z listy (co stanowiło 59,57% ogólnej liczby zapisanych), 19 nadal oczekiwało na badanie (co stanowiło 40,43% ogólnej liczby zapisanych).

Weryfikacja list oczekujących na świadczenia w Poradni Rehabilitacyjnej wykazała, że sposób ich prowadzenia uwzględniał przepisy art. 20 ust. 2 u.ś.o.z.. Ponadto, na podstawie złożonej informacji ustalono, że Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47 c. u.ś.o.z.

(Dowód: akta kontroli str. 33 Oświadczenie Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

⁸ ustawa z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j.ze zm.)

⁹ Rozporządzenie MZ z dn. 26.09.2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2005, Nr 200, poz. 1661)

¹⁰ Rozporządzenie MZ z dn. 9.11.2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2015, poz. 1948)

Stosownie do art. 23 u.ś.o.z., § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹¹, Zakład powinien przekazywać co miesiąc do NFZ informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą: liczbę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym.

Mając powyższe na względzie Kierownik ds. Pielęgniarstwa – Maria Z. oświadczyła, że *informacja o listach oczekujących jest przekazywana przez Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji comiesięcznie do Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach zgodnie z art. 23 ust.1. ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*. Potwierdzeniem powyższego było przedstawienie wydruków z *Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)* za okres objęty kontrolą.

(Dowód: akta kontroli str.34-40 Oświadczenie Kierownik ds. Pielęgniarstwa i wydruki z SZOI)

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że Zarządzeniem wewnętrznym nr 3/2015 z dnia 09.03.2015r. zmienionym Zarządzeniem nr 22/2016 z dnia 30.12.2016r. i Zarządzeniem nr 21/2017 z dnia 03.07.2017r. Dyrektor Szpitala powołał *Zespół ds. Oceny Przyjęć*.

Ze względu na fakt, że Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze jest szpitalem o profilu niezabiegowym, to w skład *Zespołu* wchodzi lekarz specjalista w dziedzinie niezabiegowej oraz pielęgniarka naczelna, czyli zgodnie z art. 21 ust. 2 u.ś.o.z. Spośród ww. osób, stosownie do art. 21 ust. 3 u.ś.o.z. został wyznaczony Przewodniczący *Zespołu*.

W ww. *Zarządzeniu* określono, że *Zespół* przeprowadza oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń tj. zgodnie z art. 21 ust. 4 u.ś.o.z. *Zespół*, według ww. dokumentu

¹¹ Rozporządzenie M.Z. z dn. 20.06.2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., nr 123 poz. 801 ze zm.)

dokonyuje oceny jeden raz w miesiącu i każdorazowo sporządza raport, który przedstawia świadczeniodawcy.

Biorąc powyższe po uwagę, na podstawie okazanej dokumentacji ustalono, że w badanym okresie odbyło się 12 posiedzeń – raz w miesiącu. Każde z nich zostało udokumentowane *Raportem* z których wynika, że oceny list oczekujących dokonywane były według elementów wymaganych przez ustawodawcę w tym zakresie. Z *ocenami przyjęć*, za każdym razem zapoznawany był Dyrektor Szpitala.

Opis stanu
faktycznego

Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosku z Wystąpienia pokontrolnego (DOZ.III.1711.18.1.2016).

Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W części II *Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.18.1.2016) wydanego po przeprowadzeniu w 2016 roku kontroli w Szpitalu, w zakresie „*Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych*” za 2015r. wniesiono o realizację wniosku pokontrolnego, o treści:

W celu wyeliminowania uchybienia polegającego na niedokonywaniu przez jednego z członków Zespołu powołanego Zarządzeniem Dyrektora nr 3/2015 z dnia 09.03.2015r. oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń stosować należy stosować zapisy określone w ww. Zarządzeniu, w szczególności poprzez włączenie do prac Zespołu ds. Oceny Przyjęć Emilię W. – członka zespołu.

Ewentualnie należy rozważyć możliwość modyfikacji treści ww. dokumentu poprzez doprecyzowanie sytuacji, w której dopuszcza się do prac Zespołu ds. Oceny Przyjęć Emilię W.

Raporty z oceny list oczekujących sporządzone za wrzesień i październik 2016r. – okazane kontrolującemu, pozwoliły na ustalenie, że lek. med. Emilia W. uczestniczyła w pracach Zespołu oceny przyjęć o czym świadczył Jej podpis. Natomiast od listopada 2016r. Pani Emilia W., nie uczestniczyła w pracach Zespołu.

Według oświadczenia Dyrektora Szpitala *Pani Emilia W., (..) od 28 listopada 2016 roku do 02 stycznia 2017 roku była na zwolnieniu lekarskim, potem do 22 stycznia 2017 roku*

była na urlopie wypoczynkowym, a następnie złożyła wypowiedzenie. Wobec powyższego od listopada 2016 roku nie uczestniczyła w pracach Zespołu oceny przyjęć.

(Dowód: akta kontroli str.40A Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Opis stanu
faktycznego

W związku z powyższym, Zarządzeniem nr 22/2016 z dnia 30.12.2016r., Dyrektor Szpitala dokonał modyfikacji Zespołu – zmiana dotyczyła zastąpienia lek. med. Emilii W. lek. med. Izabelą L.

Sprawdzenie zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych po konkursie przeprowadzonym według procedur określonych w przepisach

Według Oświadczenia Starszego Inspektora ds. Kadr – Mieczysławy C., w okresie objętym kontrolą dwukrotnie został przeprowadzony konkurs na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

(Dowód: akta kontroli str. 41 Oświadczenie Starszego Inspektora ds. Kadr)

Postępowania na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze zostało przeprowadzone przez komisję powołaną Zarządzeniem nr 14/2017 Dyrektora Szpitala z dnia 28.04.2017r. Stosownie do § 10 pkt 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.02.2012r., zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.11.2016r.¹² w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorą – w skład komisji konkursowej wchodziło: trzech przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego oraz po jednym przedstawicielu: Podmiotu Tworzącego, Rady Społecznej, Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zakładowej Organizacji Związkowej działającej w podmiocie leczniczym.

Po przyjęciu, przez członków komisji, regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia, w dniu 29.05.2017r. w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego zostało zamieszczone ogłoszenie konkursu na stanowisko *Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa*. Dokument zawierał elementy określone w § 9 ust.1 ww rozporządzeń. Dalsza analiza dokumentacji konkursowej, pozwoliła na ustalenie, że w postępowaniu konkursowym

¹² Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.02.2012r.(Dz.U.2012, poz.182) i z dn. 21.11.2016r. (Dz.U.2016 , poz.1957) w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorą

wpłynęła 1 oferta. W związku z powyższym, postępowanie zostało zakończone bez rozstrzygnięcia – stosownie do art. 49 ust. 3 u.d.l.

Następnie, w dniu 21.07.2017r. Dyrektor Szpitala ponownie ogłosił konkurs na ww. stanowisko ale i tym razem wpłynęła tylko jedna oferta, a to oznaczało (jak poprzednio) pozostawienie sprawy bez rozstrzygnięcia. W tej sytuacji, Dyrektor Szpitala, korzystając z przepisu określonego w art. 49 ust. 4 u.d.l. nawiązał stosunek pracy na podstawie umowy o pracę z lek. med. Izabelą Lipowczyk na stanowisku Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, po zasięgnięciu pozytywnej opinii Komisji konkursowej.

*Opis stanu
faktycznego*

Sprawdzenie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne i zawarcie umów

Stosownie do art. 26 u.d.l. podmiot leczniczy (...) może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycy. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art.150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia.

Według informacji Z-cy Głównego Księgowego – Anity Ś., w okresie objętym kontrolą, Szpital przeprowadził łącznie 7 postępowań na realizację świadczeń zdrowotnych w tym: 4 – w trybie konkursowym na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu i 3 postępowania – w trybie pozakonkursowym na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotom zewnętrznym. W efekcie ww. działań zawarto łącznie 7 umów na ogólną, wartość 69 078,00 zł. wg ewidencji księgowej w danym roku (4 umowy z personelem medycznym o wartości 62 860,00 zł. i 3 umowy z podmiotami zewnętrznymi o łącznej wartości 6 218,00 zł.)

(Dowód: akta kontroli str. 42 Zestawienie dotyczące zlecenia podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń)

Szczegółowym badaniem objęto dwa postępowania przeprowadzone w trybie konkursu ofert na udzielanie *całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze*. Analizowane postępowania obejmowały zadania:

1. *udzielanie świadczeń zdrowotnych rehabilitacyjnych w Oddziale Rehabilitacji I, II i w Oddziale Rehabilitacji Diennej z podległą Poradnią Rehabilitacyjną,*
2. *udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów kontraktowych w Oddziale Rehabilitacji I i II.*

Stosownie do art. 26a u.d.z.l. wytypowane do badania postępowania zostały poprzedzone ustaleniem wartości szacunkowej sporządzonej przez Starszego Inspektora ds. Kadr i zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala w dniu 01.06.2017r.

Zarządzeniami Nr 16/2017 z dnia 06.06.2017r. i Nr 26/2017 z dnia 29.08.2017r. Dyrektor Szpitala powołał komisje do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Analiza postępowań wykazała, że dokonując opisu przedmiotu zamówienia, Szpital nie podał nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (dalej „kody CPV”) zarówno w ogłoszeniach jak i pozostałej dokumentacji poddanej badaniu, czyli wbrew art. 26 ust. 4 u.d.l. w związku z art. 141 ust. 4 u.ś.o.z., który stanowi, że *do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz.Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z póź.zm).*

Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 14.06.2018r. udzielił w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że *nie podano kodów CPV w warunkach konkursu ofert, ponieważ przedmiot postępowania konkursowego został opisany szczegółowo i dlatego uznaliśmy, że kody CPV nie były potrzebne. Ogólne określenie przedmiotu zamówienia nie wpływa na konkurencyjność.*

(Dowód: akta kontroli str. 43 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Zdaniem kontrolujących, opisowi przedmiotu zamówienia w postępowaniach o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne mają służyć kody CPV, a przez to także potencjalnym wykonawcom. Dodatkowo podkreślić należy, że kody CPV mają istotne znaczenie w przypadku zamówień, które zgodnie z art. 26 ust.4 u.d.l. w związku z art.151 ust.6 u.ś.o.z. podlegają publikacji w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej (TED).

Ustalono, że w prowadzonych postępowaniach Udzielający zamówienia zastosował jedno spośród pięciu kryteriów oceny ofert tj.: cena, czyli niezgodnie z art. 148 ust. 1 u.ś.o.z, który określa, że *porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny.*

Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 14.06.2018r. wyjaśnił, że *wprawdzie ŚCR nie nazwało wprost kryteriów wyboru ofert jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości ale zostały one zawarte w § 2 ust I i ust II Szczegółowych Warunkach Konkursu ofert ŚCR w następujący sposób:*

- 1. doświadczenie czyli uzyskanie specjalizacji w dziedzinach rehabilitacji medycznej, chirurgii ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, reumatologii, chorób wewnętrznych i pediatrii definiowano jako kryterium jakości,*
- 2. uzyskanie kwalifikacji zawodowych umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych tj. dyplomu i prawa wykonywania zawodu, definiowano jako kryterium kompleksowości,*
- 3. udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w przedziale czasowym 08.00-22.00 oraz dyżurów kontraktowych: w dni powszednie w przedziale czasowym 16.00-08.00, soboty, niedziele i święta w przedziale czasowym 08.00-08.00 zgodnie z harmonogramem miesięcznego zabezpieczenia opieki lekarskiej definiowano jako kryterium dostępności,*
- 4. gotowość Przyjmującego zamówienie wg. ustaleń harmonogramu miesięcznego zabezpieczenia opieki lekarskiej definiowano jako kryterium ciągłości,*

(Dowód: akta sprawy str. 44 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

W opinii kontrolujących kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, czyli kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena powinny być opisane przez udzielającego zamówienie w sposób jednoznaczny

i wyczerpujący wraz podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert, który winien być mierzalny (każdemu kryterium powinna być przypisana waga do celów ustalenia niekorzystniejszej oferty). Dodatkowo kontrolujący wskazują na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26.02.2015r., który uznał, że „organy NFZ porównując oferty muszą dokonać tego z punktu widzenia reguł określonych w art. 148 pkt. 1 i 2 ustawy, a Prezes NFZ może co najwyżej określić jak należy rozumieć w danym postępowaniu poszczególne kryteria wskazane w tym przepisie. Innymi słowy, Prezes NFZ nie może stwierdzić, że niektóre kryteria z art. 148 u.ś.o.z. nie będą stosowane, natomiast ma obowiązek wyjaśnić jak będą stosowane w konkretnym rodzaju postępowania”¹³.

Dalsze czynności kontrolne wykazały, że szczegółowe warunki konkursu ofert określające wymagania, jakie powinna spełnić oferta oraz projekt umowy, w obu postępowaniach nie zostały upublicznione.

Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 14.06.2018r. złożył w tym zakresie pisemne wyjaśnienie informując, że *Szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze i projekt umowy nie zostały upublicznione ze względu na przeoczenie, natomiast były jawne i dostępne w sekretariacie Centrum zgodnie z treścią ogłoszeń z dnia 07.06.2017r. i z dnia 29.08.2017r*

(Dowód: akta sprawy str. 45 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Wprawdzie treść ogłoszeń wskazanych w ww. wyjaśnieniu potwierdza, że szczegółowe warunki konkursu ofert i projekt umowy były dostępne w Sekretariacie Centrum to zdaniem kontrolujących dokumenty gruntownie opisujące spełnianie warunków udziału w postępowaniu w tym kryteria oceny ofert wraz z ich opisem należy upubliczniać poprzez zamieszczenie np. na stronie internetowej Szpitala. Takie działanie, w opinii kontrolujących, ma na celu przejrzystość i szerszy dostęp do zamówień o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Dla udzielającego zamówienie to szansa na zdobycie konkurencyjnych ofert a dla potencjalnych świadczeniodawców to szerszy dostęp do tego rodzaju zamówień.

¹³ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dn.26.02.2015r. syg IIGSK 2212/13

W wyniku rozstrzygnięcia, wybranych do szczegółowej analizy, konkursów Szpital zawarł z wybranymi oferentami dwie umowy, które zostały podpisane odpowiednio w dniu:

- 21.06.2017r. – z Jackiem W. prowadzącym Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską z/s w Końskich – z terminem obowiązywania od 01.07.2017r. do 31.12.2019r.,
- 18.09.2017r. – z Łukaszem P. prowadzącym Indywidualną Praktyka Lekarską z/s w Kielcach – z terminem obowiązywania od 18.09.2017r. do 31.12.2019 r.

Stosownie do § 10 ust. 3 ww. umów *Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie rachunek za wykonanie usługi wystawiony przez Przyjmującego Zamówienie w terminie do piątego dnia następnego miesiąca. Płatność za wykonanie zlecenia nastąpi w terminie 21 dni licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku wraz z załącznikiem zawierającym daty świadczenia usług zdrowotnych i liczbę godzin”.*

Biorąc powyższe po uwagę, na podstawie okazanych faktur: nr 03/10/2017 z dnia 31.10.2017r., 04/10/2017 z dnia 31.10.2017r., 03/11/2017 z dnia 30.11.2017r., 03/12/2017 z dnia 31.12.2017r., nr 56/2017 z dnia 20.12.2017r., nr 60/2017 z dnia 20.12.2017r., nr 63/2017 z dnia 02.01.2018r. wykazano, że Przyjmujący Zamówienie składali rachunki z opóźnieniem np. za usługi wykonane w miesiącu: lipcu, sierpniu, wrześniu, październiku 2017r. rachunki do Szpitala wpłynęły w dniu 21.12.2017r., a za wykonanie usługi w miesiącach listopad i grudzień 2017r. – w dniu 17.01.2018r. Ponadto, na podstawie przedstawionych przelewów bankowych ustalono, że płatności za wykonane świadczenia następowały po terminie ustalonym w ww. umowach.

Główna Księgowa – Janina K. w piśmie z dnia 12.06.2018r. wyjaśniła, że *Lekarze z którymi zawarto umowy w 2017 roku na udzielanie świadczeń z zakresu sprawowania samodzielnej, kompleksowej opieki diagnostyczno-leczniczej i realizacji świadczeń zdrowotnych w dziedzinie rehabilitacji, wystawiali faktury za wykonane zlecenie po terminie wskazanym w § 10 pkt 3 umowy z dnia 21.06.2017r. dotyczącej Pana Jacka W. i umowy z dnia 18.09.2017r. dotyczącej Pana Łukasza P. Przyczyną tego, jak wynika z wyjaśnień Lekarzy przyjmujących zamówienia było zabieganie oraz brak kontroli nad własną dokumentacją działalności gospodarczej jak też niefrasobliwość. Nadmieniam,*

iż faktury zostały zaksięgowane do kosztów (zakup usług) w dacie ich otrzymania.

Jednocześnie wyjaśniła, że faktury wystawione przez Pana Jacka W. o numerach 56/2017, 60/2017, 63/2017 oraz faktury wystawione przez Pana Łukasza P. o numerach 03/10/2017, 04/10/2017, 03/11/2017, 03/12/2017, były regulowane po terminie płatności ze względu na kłopoty Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji związane z płynnością finansową z którymi to kłopotami borykamy się od kilku lat.

(Dowód: akta sprawy str. 46 Wyjaśnienie Głównego Księgowego)

Opis stanu
faktycznego

Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością jednostki

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w 2017 roku (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że *Zasady przyjmowania interesantów – skargi i wnioski* zostały uregulowane w § 28 Rozdziału XII Regulaminu Organizacyjnego. Stosownie do ww. aktu – *skargi i wnioski mogą być wnoszone ustnie, pisemnie, telefonicznie; rejestrowane są w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym przez sekretariat a niezależnie od tego oddziały i komórki organizacyjne mają obowiązek prowadzić Książki Skarg i Wniosków, do których wpisywane są uwagi dotyczące funkcjonowania danej komórki organizacyjnej; załatwienie skargi lub wniosku powinno być poprzedzone zbadaniem i rozpatrzeniem wszystkich okoliczności sprawy w terminie 14 dni od daty wpływu do Szpitala.*

Według informacji sporządzonej przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marii Z. w 2017r. - wpłynęła jedna skarga.

(Dowód: akta kontroli str. 47 Zestawienie Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

Ustalono, że Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach pismem z dnia 26.09.2017r., z datą wpływu 29.09.2017r. przekazał do wyjaśnienia pismo pacjenta dotyczące odmowy wyznaczenia terminu rehabilitacji. W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Pismem z dnia z dnia 10.10.2017r., znak: L.dz. 2401/2017 p.o. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa udzieliła odpowiedzi do NFZ Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach, z której wynika, że kwalifikacje

pacjentów na pobyt w Oddziale Rehabilitacji II odbywają się codziennie. Szpital prosi o osobiste stawiennictwo pacjenta wraz z dokumentacją medyczną tak aby lekarz mógł ocenić stan zdrowia pacjenta (w jakim stopniu wymaga konsultacji medycznej, badań diagnostycznych). W przypadku skarżącego nie było to możliwe gdyż skierowanie do Szpitala dostarczyła siostra, która została poinformowana o procedurach dotyczących kwalifikacji pacjentów. Zainteresowany nie kontaktował się ponownie w tej sprawie. Z ustaleń kontroli wynikało, że ww. skarga została rozpatrzona z zachowaniem ustawowego terminu, określonego w art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960r.¹⁴

Opis stanu
faktycznego

Mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 3) u.d.l., który stanowi, że do zadań rady społecznej należy dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, kontrolujący ustalili, że ww. skarga została przedstawiona Radzie Społecznej w dniu 26.04.2018r. o czym świadczył okazany protokół Nr 2/2018 z posiedzenia Rady.

Ankietyzacja satysfakcji pacjenta oraz system zarządzania w tym posiadane certyfikaty/akredytacje

Według informacji sporządzonej przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marię Z. i Pełnomocnika ds. Jakości, Pielęgniarkę Koordynującą – Anetę Dz. *analizy badań opinii pacjentów dokonuje Zespół ds. Jakości powołany Zarządzeniem Dyrektora z dnia 03.07.2017r. Ankiety przeprowadzane są anonimowo w Oddziale Rehabilitacji I, Oddziale Rehabilitacji II oraz Oddziale Rehabilitacji Diennej. Ankiety wypełnia pacjent w przeddzień lub w dzień wypisu i wrzuca do zaplombowanych pojemników. Analizy ankiet dokonuje Pełnomocnik ds. Jakości raz na kwartał – potwierdzeniem powyższego były okazane, opracowane tzw. Poziomy satysfakcji pacjentów w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji. Wnioski z analiz przedstawiane są Zespołowi ds. Jakości oraz na Przeglądzie Systemu Zarządzania Jakością a także przekazywane personelowi w każdej komórce ŚCR. Ewentualne problemy rozwiązywane są na bieżąco, w zależności kogo/czego dotyczą. Osobą wdrażającą wnioski poauditowe jest Kierownik danej Komórki.*

(Dowód: akta kontroli str. 48 Informacja sporządzona przez Pełnomocnika ds. Jakości, Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

¹⁴ ustawa z dn. 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2017.1257 tj. ze zm)

W toku czynności kontrolnych Pełnomocnik ds. Jakości, Pielęgniarka Koordynująca – Aneta Dz. przedstawiła wnioski z analiz ankiet satysfakcji pacjenta w roku 2017 (w roku 2017 pacjenci wypełnili łącznie 507 kwestionariuszy ankiet), z których wynika m.in. że:

- najwyższej oceniano – ogólnie usługi świadczone w szpitalu (99,5%), czystość w szpitalu – (99,8%), ćwiczenia prowadzone przez rehabilitanta, uprzejmość personelu, życzliwość i okazywanie zrozumienia oraz zainteresowania pacjentem, opiekę pielęgniarską, komunikatywność lekarzy, zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa i zaufania;
- najniższe oceny dotyczyły przygotowywania posiłków w kuchni, tj. smakowitość posiłków i czystość w stołówce (13, 3 %).

Z ww. informacji wynika, że w poszczególnych Oddziałach występują zróżnicowane opinie pacjentów dotyczące smakowitości posiłków. Pacjenci z Oddziału Rehabilitacji II (ok. 95 % to pacjenci dorośli) oceniają kuchnię znacznie wyżej niż pacjenci z Oddziału Rehabilitacji I (dzieci). Ankiety wypełniane były w tym samym czasie na wszystkich Oddziałach, pacjenci otrzymywali te same posiłki – różne oceny wynikają z indywidualnych upodobań kulinarnych pacjentów Szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 49 Wnioski z analizy ankiet satysfakcji pacjenta w 2017r. sporządzone przez Pełnomocnika ds. Jakości Pielęgniarkę Koordynującą)

Według informacji z *Zestawienia* przygotowanego przez Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marię Z. potwierdzonej dokumentem źródłowym ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze posiadało Certyfikat ISO 9001:2008 w zakresie spełniania usług rehabilitacyjno-leczniczych z okresem obowiązywania do 15.09.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 50 Zestawienie Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

Opis stanu faktycznego

Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Według oświadczenia Kierownika ds. Pielęgniarstwa – Marii Z. na wyposażeniu Szpitala znajduje się łącznie 432 pozycji sprzętu rehabilitacyjno-medycznego.

(Dowód: akta kontroli str. 51 Oświadczenie Kierownika ds. Pielęgniarstwa)

Na podstawie informacji Kierownika Działu Technicznego – Pawła K. ustalono, że Szpital nie posiada dokumentu normującego zasady nadzorowania aparatury i sprzętu medycznego np.: procedury.

Wszelkie czynności związane z: nadzorem, przeglądami, konserwacją, naprawami bieżącymi i pogwarancyjnymi, remontami zostały uregulowane w zawartej umowie na usługi serwisowe sprzętu i aparatury medycznej.

(Dowód: akta kontroli str. 52 Informacja Kierownika Działu Technicznego)

Potwierdzeniem powyższego było okazanie obowiązującej umowy z dnia 01.12.2017r., z której wynika, że Wykonawca jest zobowiązany do dokonywania przeglądów okresowych m.in. raz na kwartał w danym roku kalendarzowym.

Z udostępnionej dokumentacji (harmonogramów) ustalono, że przeglądy aparatury i sprzętu medycznego w: Oddziale Rehabilitacji I, Oddziale Rehabilitacji II, Dziale Rehabilitacji Diennej odbywały się w ustalonych terminach tj. zgodnie z zawartą ww. umową.

Z Zestawienia analitycznego obrotów i sald za rok 2017 od konta 402-01-01 – Konserwacja i naprawy sprzętu medycznego wynika, że Szpital w 2017r. poniósł koszty z ww. tytułu w wysokości 35 038,03 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 53-54 Zestawienie analityczne)

W toku czynności kontrolnych sprawdzono realizację przez Szpital obowiązków określonych w art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁵. Wyrwkowej kontroli poddano paszporty techniczne niżej wymienionej pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- aparat do elektroterapii – typ FIRING, nr seryjny 7294, rok produkcji 2011r., (producent Zakład Aparatury Medycznej ZAMED), eksploatacja od 2011r. (gwarancja do 2013r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji;
- laser wysokoenergetyczny – typ BTL - 6000 HIL 12W, nr seryjny 041-B-00175, rok produkcji 2012r.,(producent BTL-Polska), eksploatacja od 2012r.(gwarancja do 2014r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji;

¹⁵ Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych Dz. U. Nr 107, poz.679 ze zm.

- aparat do elektroterapii – typ BTL – 4225 S, nr seryjny 4000-0382522, rok produkcji 2010r., (producent BTL-Polska), eksploatacja od 2010r. (gwarancja 2012r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji;
- aparat do magnetoterapii – typ BTL 5000, nr seryjny 5000-0385099, rok produkcji 2010, (producent BTL-Polska), eksploatacja od 2010r., (gwarancja do 2012r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji;
- aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej – typ SALUS-TALENT, numer seryjny Talent - 0668, rok produkcji 2011, (producent BTL-Polska), eksploatacja od 2011r. (gwarancja do 2013r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji;
- laser biostymulacyjny – typ BTL 5000, numer seryjny 5000-0383739, rok produkcji 2010, (producent BTL-Polska), eksploatacja od 2010r. (gwarancja do 2012r.), użytkowany w Dziale Rehabilitacji.

Stosowne adnotacje w paszportach technicznych potwierdzały, że przeglądy sprawności ww. aparatów były wykonywane.

Na wniosek kontrolujących Szpital przedłożył wykaz pn. *Stopień wykorzystania wybranego sprzętu aparatury medycznej w okresie objętym kontrolą* – tj. laserów, aparatów do magnetoterapii i elektroterapii. W ww. wykazie zawarto następujące dane: nazwa urządzenia, ilość badań, norma czasowa badania, ilość badań w 1 dniu, czas naprawy w dniach, ilość dni roboczych, całkowita ilość badań, wykorzystanie urządzeń – wskaźnik w (%). W zakresie stopnia wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej w okresie kontrolowanym, na podstawie ww. wykazu ustalono ilość badań wykonanych na wybranym sprzęcie medycznym i aparaturze tj.: laserach, aparatach do magnetoterapii i elektroterapii.

Nazwa urządzenia	Ilość szt	Ilość badań	Norma czas. bad. (w min.)	Ilość badań w 1 dniu możliwych do wykonania	Czas naprawy (w godz.)	Ilość dni roboczych	Całkowita ilość badań	Wykorz. urządzeń %
1	2	3	4	5	6	7	8 (kol 5x7)	9 (kol 3:8)
2017rok								
Laser wysokoenergetyczny oraz biostymulacyjny	2	26742	3	120	-	250	30000	89,14

Aparaty do magnetoterapii	2	13552	15	56	-	250	14000	96,80
Aparaty do elektroterapii	3	21212	10	96	1	250	24000	88,38

Kierownik Działu Rehabilitacji – Józef Z., wskazał, że *ww. aparatura medyczna użytkowana jest 6 dni w tygodniu od poniedziałku do soboty (w godzinach. od 07:25 do 18:00) w Dziale Rehabilitacji.*

(Dowód: akta kontroli str. 55-56 Zestawienie sporządzone przez Kierownika Działu Rehabilitacji)

Opis stanu faktycznego

Sprawdzenie zawartych, wymaganych przepisami, umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. Szpital był obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie ustalonym w art. 25 ust. 1 wymienionej ustawy, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego oraz minimalna suma gwarancyjna zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.¹⁶

Zgodnie z ww. aktem prawnym, minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Biorąc powyższe pod uwagę, ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Szpital posiadał umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawarte na okres 12 miesięcy w 2016r. i 2017r. z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Region Wschodni I Oddział Sprzedaży Korporacyjnej w Kielcach:

¹⁶ Rozporządzenie MF z dn. 22 12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011, nr 293poz.1729).

Lp.	Nr polisy	Okres objęty ubezpieczeniem	Zakres polisy	Suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie/ na wszystkie zdarzenia
1.	6KR 92G2 0001	01.04.2016r. - 31.03.2017r.	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego	100 000 euro na jedno zdarzenie 500 000 euro na wszystkie zdarzenia
2.	1018481049	01.04.2017r. – 31.03.2018r.	j.w	j.w.

Składki polis ubezpieczeniowych wymienionych w powyższym zestawieniu odpowiednio opiewały na kwoty w wysokości 33 870,00 zł. – dla poz. nr 1 (płatne w 4 ratach: 2 x 8 468,00 zł. i 2 x 8 467,00 zł.), 36 451,00 zł. – dla poz. nr 2 (płatne w 4 ratach: 4 x 9 112,75 zł.). Raty składek ubezpieczeniowych określone w polisie nr 1018481049 zostały opłacone po terminach określonych w umowie, o czym świadczą okazane przelewy bankowe.

Z-ca Głównego Księgowego – Anita Ś., pismem z dnia 12.06.2018r. złożyła w tej kwestii wyjaśnienie informując, że *zobowiązanie wobec Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S. A. wynikające z Polisy ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego – Szpitala Nr 1018481049 było regulowane po terminie płatności ze względu na kłopoty Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji związane z płynnością finansową z którymi borykamy się od kilku lat.*

Ocena cząstkowa
wraz z uzasadnieniem

(Dowód: akta kontroli str. 57 Wyjaśnienie Z-cy Głównego Księgowego)

Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności

W wyniku dokonanych, w toku kontroli ustaleń **pozytywnie z uchybieniami** oceniono działalność Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Pozytywna ocena dotyczyła: zgodności kodów resortowych charakteryzujących specjalności wybranych komórek organizacyjnych Szpitala oraz ilości łóżek, wyszczególnionych w zestawianych z danymi w tym zakresie zawartymi w Księdze Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego; zgodności zakresu i rodzaju udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczeń przewidzianych w Statucie Szpitala i Regulaminie organizacyjnym; działań Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do wymagań określonych w przepisach prawa; przeprowadzenia konkursu na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa w oparciu o obowiązujące w tym zakresie normy ustawowe; gruntowego analizowania i prezentowania wyników ankiet satysfakcji pacjenta; posiadania Certyfikatu ISO w zakresie spełniania usług rehabilitacyjno-leczniczych; sprawności aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, potwierdzonej wymaganymi dokumentami; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa.

Stwierdzone uchybienia miały związek z: pominięciem kodów CPV przy opisie przedmiotu zamówienia w postępowaniach na *całodobowe specjalistyczne świadczenia zdrowotne w rodzaju lecznictwo szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji*; niekompletnym zastosowaniem kryteriów oceny ofert oferentów w postępowaniach na *całodobowe specjalistyczne świadczenia zdrowotne w rodzaju lecznictwo szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji*; nieupublicznieniem *szczegółowych warunków konkursu ofert*, w tym m.in. kryteriów oceny ofert; niewyegzekwowaniem od Przyjmujących Zamówienie dowodów księgowych w terminie wyznaczonym w zawartych umowach; nieterminowym opłaceniem faktur za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej; nieterminowym opłaceniem rat składek ubezpieczeniowych określonych w polisie nr 1018481049.

Za stwierdzone uchybienie, odpowiedzialny jest Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze – Pan Jerzy Chojnacki.

Wskazanie imienia
i nazwiska osoby
odpowiedzialnej
za powstanie
stwierdzonych
uchybień

Zalecenia i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny cząstkowe wynikające z ustaleń kontroli wnosi się o realizację następujących wniosków pokontrolnych:

1. Dokonywać zmian wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.
2. W przeprowadzanych postępowaniach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy:
 - a) do opisu przedmiotu zamówienia stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (DZ.Urz.WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z póź.zm.),
 - b) porównywać oferty w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust. 1 u.ś.o.z., każde kryterium należy opisywać w sposób jednoznaczny i wyczerpujący wraz z podaniem sposobu oceny ofert,
 - c) upubliczniać dokumenty gruntownie opisujące spełnienie warunków udziału w postępowaniu o udzielenie świadczenia w tym w szczególności kryteria oceny ofert.
3. Skutecznie egzekwować, od przyjmujących zamówienie na udzielenie świadczeń zdrowotnych, dowody księgowy w terminie określonym w zawartych umowach.
4. Przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Opłacać w terminie wysokość należnej składki ubezpieczeniowej lub jej kolejnej raty określonej w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Pouczenie

Obowiązek
poinformowania
o sposobie
wykonania zaleceń
i wniosków
pokontrolnych

Pozostałe informacje i pouczenia

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. z 2015, poz. 1331) od *Wystąpienia pokontrolnego* nie przysługują środki odwoławcze.

Stosownie do art. 26 ww rozporządzenia, proszę o poinformowanie o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Adam Jarubas
Marszałek Województwa Świętokrzyskiego

.....
*/podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu
uprawnionego do kontroli/*

Kielce, dnia 2018r.