

**UCHWAŁA NR 2742/20**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**  
**Z DNIA 30 września 2020 r.**

**W SPRAWIE:**

**przyjęcia Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze**

**NA PODSTAWIE:**

Na podstawie § 25 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331t.j.), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwala co następuje:

**§ 1**

1. Przyjmuje się Wystąpienie Pokontrolne dotyczące Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze po kontroli problemowej w zakresie: 1) Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019; 2) Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.11.1.2018.
2. Wystąpienie Pokontrolne stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

**MARSZAŁEK**  
**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**ANDRZEJ BĘTKOWSKI**

## Uzasadnienie

### **do uchwały w sprawie przyjęcia *Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze**

W dniu 3 września 2020 r. Uchwałą nr 2614/20 Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął *Projekt Wystąpienia Pokontrolnego* sporządzony po przeprowadzeniu kontroli problemowej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze. Zakres kontroli obejmował: 1. Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń w latach 2018 – 2019; 2. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w *Wystąpieniu Pokontrolnym* z dnia 18.07.2018 r. znak: DOZ.III.1711.11.1.2018. Po podpisaniu dokumentu przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego został on, w dniu 09.09.2020 r. przekazany do Szpitala. Kierownik Podmiotu Leczniczego nie zgłosił umotywowanych zastrzeżeń do *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego*, w związku z tym opracowano *Wystąpienie Pokontrolne* obejmujące treść *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego* uzupełnione o zalecenia dotyczące usprawnienia funkcjonowania Jednostki Kontrolowanej. Zgodnie z § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania podmiotów leczniczych, *wystąpienie pokontrolne podpisuje podmiot uprawniony do kontroli i przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.*

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 2742/20  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 30 września 2020 r.

OZ-IV.1711.7.2020

## **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

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



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

## **DANE IDENTYFIKACYJNE JEDNOSTKI**

### ***Oznaczenie Jednostki Kontrolowanej***

Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, Czarniecka Góra 43,  
26-220 Stąporków<sup>1</sup>

### ***Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych***

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w terminie od 15.06.2020 r. do 26.06.2020 r.

Numer i zakres kontroli:

OZ-IV.1711.7.2020

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019.
2. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r. znak: DOZ.III.1711.11.1.2018.

### ***Przeprowadzający kontrolę***

Na podstawie Uchwały Nr 2190/20 z dnia 3 czerwca 2020 r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego upoważnił Jolantę Jesionowską i Grzegorza Świercza do przeprowadzenia kontroli w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze. Kontrolujący otrzymali imienne upoważnienia o numerze OZ- IV.1711.7.2020 z dnia 03.06.2020 r.

*(Dowód: akta kontroli str. 1-6 Uchwała ZWŚ, Upoważnienia do kontroli)*

Przed podjęciem 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 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych<sup>2</sup> (zwane dalej rozporządzeniem).

*(Dowód: akta kontroli str. 7-8 Oświadczenia kontrolujących o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli)*

---

<sup>1</sup> Zwany dalej Szpitalem, Zakładem, Podmiotem Leczniczym, Jednostką Kontrolowaną, Centrum, udzielający zamówienia.

<sup>2</sup> Rozporządzenie MZ z dn. 20.12. 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331 t. j.)

Pismem z dnia 05.06.2020 r., znak: OZ-IV.1711.7.2020 Kierownik Podmiotu Leczniczego został poinformowany, że kontrola planowa w zakresie: 1) realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019; 2) sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.11.1.2018, ze względu na zaistniałą sytuację epidemiologiczną odbędzie się w wyznaczonym terminie poza siedzibą Jednostki Kontrolowanej<sup>3</sup> stosownie do § 10 ust. 3 rozporządzenia. Ww. pismo wraz z Uchwałą Nr 2190/20 z dnia 03.06.2020 r. i imiennymi upoważnieniami kontrolujących przesłano do Podmiotu Leczniczego ePUAP-em w dniu 08.06.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 9-13 Pismo Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia)

### ***Kierownik Jednostki Kontrolowanej***

Mariusz Gil – Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze

### ***Ocena ogólna***

Ocena działalności Podmiotu Leczniczego, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.<sup>4</sup> (zwana dalej u.d.l.) tj. celowości, gospodarności i rzetelności.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen<sup>5</sup>, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, oraz otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

## **1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie**

### ***Opis stanu faktycznego***

#### **1.1. Statut podmiotu leczniczego**

Podmiot Leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący Załącznik do uchwały Nr XXXVIII/543/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20 listopada 2017 r. Dokument został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017 r. pod pozycją 3540. Stosownie

<sup>3</sup> tj. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego

<sup>4</sup> Ustawa z dn.15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 t.j. ze zm.)

<sup>5</sup> Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna

do § 4 Statutu *Celem Zakładu jest udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych oraz świadczeń ambulatoryjnych oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów.*

*Zakład może prowadzić działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich w dziedzinie rehabilitacji medycznej jak również innych szkoleń zgodnych ze specyfiką jednostki.*

Zgodnie z treścią Statutu Szpital realizuje swoje zadania poprzez dwa zakłady lecznicze: Zakład leczniczy Szpitalny udzielający świadczeń z zakresu opieki stacjonarnej oraz Zakład leczniczy Ambulatoryjny udzielający świadczeń z zakresu opieki dziennej i ambulatoryjnej.

### **1.1. Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego**

Według informacji przedstawionych w Tezach do kontroli w zestawieniu z okazanymi dokumentami źródłowymi<sup>6</sup> ustalono, że w okresie kontrolowanym cztery razy wprowadzano tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego (zwany w dalszej części niniejszego punktu Regulaminem), tj.:

- a) Regulamin Organizacyjny z dnia 22.12.2017 r.<sup>7</sup>, wprowadzał zmiany zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałami nr 3/2017 z dnia 5.06.2017 r. i nr 7/2017 z dnia 21.12.2017 r. i obowiązywał do 30.04.2018 r.
- b) Regulamin Organizacyjny z dnia 01.05.2018 r.<sup>8</sup>, wprowadzał zmiany zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą nr 3/2018 z dnia 26.04.2018 r., i obowiązywał do 30.07.2018 r.
- c) Regulamin Organizacyjny z dnia 01.08.2019 r.,<sup>9</sup> wprowadzał zmiany zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą nr 10/2019 z dnia 29.07.2019 r. i obowiązywał do 19.12.2019 r.
- d) Regulamin Organizacyjny z dnia 19.12.2019 r.,<sup>10</sup> wprowadzał zmiany zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą nr 16/2019 z dnia 18.12.2019 r.

*(Dowód akta kontroli str.14-15 Zestawienie nr 1 do tez kontroli sporządzone przez Dyrektora Szpitala)*

---

<sup>6</sup> Regulaminy Organizacyjne Szpitala, Opinie Rady Społecznej Szpitala, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Podmiotu Leczniczego

<sup>7</sup> Zarządzenie Dyrektora nr 42/2017 z dnia 22.12.2017 r. – poddano ocenie z uwagi na okres obowiązywania obejmujący bieżącą kontrolę.

<sup>8</sup> Zarządzenie Dyrektora nr 54/2018 z dnia 30.04.2018 r.

<sup>9</sup> Zarządzenie Dyrektora nr 22/2019 z dnia 30.07.2019 r.

<sup>10</sup> Zarządzenie Dyrektora nr 60/2019 z dnia 19.12.2019 r.

Analiza treści ww. Uchwał Rady Społecznej pozwoliła na ustalenie, że wprowadzone zmiany dotyczyły m.in.: uaktualnienia wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością; zmian publikatorów tekstów jednolitych ustaw, zgodnie z którymi funkcjonuje Jednostka Kontrolowana; zmian treści załącznika nr 2 do regulaminu określającego sposób naliczania opłat za sporządzenie wyciągu odpisu lub kopii dokumentacji medycznej; nazw zakładów leczniczych, za pomocą których Podmiot realizuje swoje zadania; rozszerzenia cennika świadczeń zdrowotnych o poz. 56 Terapia z osoczem bogatopłytkowym PRP; likwidacji, zmiany podległości lub nazewnictwa stanowisk i komórek o charakterze technicznym; zmian porządkowych numeracji poszczególnych paragrafów i punktów regulaminu.

Na podstawie oświadczenia Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa ustalono, że *dokonywane w okresie kontrolowanym zmiany do Regulaminu organizacyjnego nie wiązały się z zamknięciem lub rozszerzeniem którejkolwiek komórki organizacyjnej szpitala. Wobec powyższego zmiany te nie wymagały opinii i zgody Zarządu, o czym mowa w par. 15 ust. 3 Statutu.*

*(Dowód akta kontroli str.16 Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Stosownie do §6 Regulaminu<sup>11</sup> Szpital m.in.:

- a) udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych oraz świadczeń ambulatoryjnych oraz podejmuje inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzi działalność humanitarną na rzecz pacjentów;
- b) prowadzi działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich w dziedzinie rehabilitacji medycznej, jak również innych szkoleń zgodnych ze specyfiką jednostki.

Obszarem działalności Szpitala jest województwo świętokrzyskie, miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych – siedziba Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze 43, 26-220 Stąporków.

Strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu.

---

<sup>11</sup> Na potrzeby kontroli posługiwano się tekstem jednolitym Regulaminu Organizacyjnego przyjętym Zarządzeniem Dyrektora Nr 60/2019 z dnia 19 grudnia 2019 r.

Analiza treści Regulaminu pozwoliła na ustalenie, że dokument zawiera wszystkie elementy wymagane w art. 24 u.d.l.

W trakcie dalszych czynności kontrolnych dokonano porównania schematu organizacyjnego z Księgą rejestrową nr 000000014590<sup>12</sup> prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego, i ustalono, że w księdze rejestrowej widnieje komórka organizacyjna pod nazwą Dział Farmacji, natomiast w schemacie organizacyjnym pod nazwą *Dział Farmacji Szpitalnej*.

W powyższej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa złożyła wyjaśnienia w treści: *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji informuje, że zapis w Księdze Rejestrowej Dział Farmacji zamiast Dział Farmacji Szpitalnej został wpisany prawdopodobnie omyłkowo, a osoba, która wówczas dokonywała zmian zapisów w Księdze już nie pracuje, niemniej jednak dokonano poprawy zapisu i aktualnie jest on właściwy.*

*(Dowód akta kontroli str. 17 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Powyższe znajduje potwierdzenie w Księdze Rejestrowej nr 000000014590<sup>13</sup> - komórka organizacyjna pod nazwą Dział Farmacji Szpitalnej widnieje pod poz. 14 z kodem resortowym 4300.

Dokonując analizy danych upublicznianych przez Jednostkę Kontrolowaną w zakresie wysokości opłat za: udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością ustalono, że Szpital na stronie internetowej upublicznia informacje dotyczące ww. opłat za rok bieżący. Treść informacji dotyczących ww. opłat obowiązujących w okresie objętym kontrolą nie były dostępne.

Wyjaśnienie w tej sprawie złożyła Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa stwierdzając, że *na stronie podmiotu zamieszczane są tylko aktualne informacje dotyczące m.in. Cennika, opłat za świadczenia zdrowotne czy informacji w zakresie przechowywania zwłok. Ze względów technicznych nie ma możliwości otwarcia i wydrukowania poprzednich archiwalnych w/w informacji.*

*(Dowód akta kontroli str.18. Wyjaśnienie podpisane przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa )*

Jednocześnie kontrolujący ustalili, iż w zakresie przechowywania zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, Jednostka Kontrolowana informuje pacjentów o konieczności

---

<sup>12</sup> Księga rejestrowa stan na dzień 31.12.2019 r.

<sup>13</sup> Sprawdzono Księgę Rejestrową na dzień rozpoczęcia kontroli, tj. 15.06.2020 r.



korzystania z najbliższego prosektorium i podaje numer kontaktowy, pod którym dostępny jest cennik. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oświadczyła, że Zgodnie z treścią art. 24 ust.1pkt. 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji informuje, że w związku z brakiem możliwości przechowywania zwłok dłużej niż 72 godziny, w przypadku śmierci pacjenta zwłoki mogą być przewiezione do najbliższego prosektorium w Końskich. Powyższa informacja została umieszczona na stronie internetowej podmiotu [www.rehabilitacjascr.pl](http://www.rehabilitacjascr.pl) jak i w miejscu prowadzenia działalności leczniczej w zakładce BIP oraz w zakładce „Dla pacjenta” wraz z możliwością uzyskania informacji w sprawie cen w tym zakresie. (...).

(Dowód akta kontroli str.19 Oświadczenie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)

### ***Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności***

W wyniku ustaleń dokonanych w toku kontroli pozytywnie oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.

### ***Uzasadnienie oceny cząstkowej***

Pozytywna ocena odnosi się do: określenia w regulaminie organizacyjnym niezbędnych elementów przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej; dokonania autokorekty w celu doprowadzenia do zgodności faktycznej struktury organizacyjnej na poziomie komórek z zapisami księgi rejestrowej prowadzonej dla Podmiotu Leczniczego; zamieszczania aktualnych informacji dotyczących wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (...), wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjenta (...), wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być (...) udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w sposób określony w ustawie o działalności leczniczej.

## **2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych**

### ***Opis stanu faktycznego***

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano:

- 2.1. realizację kontraktów (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody),
- 2.2. przebieg procesu udzielania świadczeń,

- 2.3. wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Oddziałów, Poradni, Działu, liczba leczonych, liczba udzielonych porad, itp.),
- 2.4. prowadzenie list oczekujących,
- 2.5. działalność zespołu ds. oceny przyjęć,
- 2.6. udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne,
- 2.7. tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego,
- 2.8. ankietyzacja satysfakcji pacjenta oraz system zarządzania, w tym posiadane certyfikaty i certyfikaty akredytacyjne,
- 2.9. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy),
- 2.10. stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny (umowy serwisowe, stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych).

## **2.1. Realizacja kontraktu z NFZ (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody, dochodzenie roszczeń za nadwykonania)**

Na podstawie *Zestawienia umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia i realizowanych w kontrolowanym okresie (...)* (zwanego w dalszej części niniejszego punktu Zestawieniem) podpisanych przez Dyrektora Szpitala kontrolujący ustalili, że w latach 2018-2019 Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na łączną kwotę 18 621 467,96 zł, wartość zrealizowanych kontraktów sumarycznie wyniosła 18 650 211,58 zł, a wartość świadczeń niezrefundowanych – 33 370,50 zł. W roku 2018: a) wartość umów wraz z aneksami wynosiła 8 832 390,89 zł, b) wykonanie – 8 861 441,44 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 32 649,50 zł. Natomiast w roku 2019: a) wartość umów wraz z aneksami wynosiła 9 789 077,07 zł, b) wykonanie – 9 788 770,14 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 721 zł.

Z przedstawionych danych wynika, że w 2019 r. wartość podpisanych umów na realizację świadczeń zdrowotnych wzrosła o 956 686,18 zł, tj. o ok. 10,84 %.

Dalsza analiza Zestawienia pozwoliła ustalić że: a) przedmiotem umów w okresie objętym kontrolą były m.in.: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna,

fizjoterapia ambulatoryjna; b) Narodowy Fundusz Zdrowia nie zrefundował w 2018 r. świadczeń na łączną kwotę 32 649,50 zł w zakresie: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej, a w 2019 r. świadczeń na kwotę 721 zł w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym; c) Jednostka Kontrolowana podpisała w 2018 r. ugody na łączną kwotę 68 989,75 zł za świadczenia ponad limit określony w umowach w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym.

*(Dowód akta kontroli str.20-23 Zestawienie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Na pytanie o działania podjęte w celu pokrycia świadczeń niezrefundowanych Podmiot Kontrolowany udzielił następującej odpowiedzi *W 2018 r. wykonanie kontraktu z ŚOW NFZ było nierównomierne dla poszczególnych zakresów. Dzięki negocjacjom z ŚOW NFZ i podpisanym aneksom nadwykonania z jednych zakresów zostały przesunięte na zakresy niewykonane. Pozostała kwota to nadwykonania z zakresu Lekarskiej opieki rehabilitacyjnej oraz Fizjoterapii ambulatoryjnej, które to świadczenia nigdy nie były wypłacane ponad limit. W 2019 r. wartość niezrefundowanych przez ŚOW NFZ świadczeń wynosi 721 zł w ramach Rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, która to kwota wyniknęła po złożeniu korekt. Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji podkreśla, że w 2019 r. wykonano świadczenia ponad limit na kwotę 220 340,25 zł. Jednocześnie należy podkreślić, że niedow wykonania kontraktu w zakresie Rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym spowodowane było tym, że w Oddziale Rehabilitacji I hospitalizowane są głównie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, wadami kręgosłupa oraz pourazowe, w dużej części operowane w oddziale ortopedii dziecięcej Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii (KONTYNUACJA LECZENIA POOPERACYJNEGO) i procedury medyczne wg ICD-9 kwalifikujące do rehabilitacji ogólnoustrojowej po leczeniu operacyjnym ROO03 nie występują, w związku z czym, oddział nie był w stanie wykonać kontraktu na poziomie zaproponowanym przez ŚOW NFZ. W Oddziale Rehabilitacji II pacjenci oczekują w kolejce stabilnej na leczenie ok.2 lat, są poinformowani o terminie przyjęcia i nie ma możliwości jego przesunięcia, aby pacjenci kwalifikujący się do leczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym mogliby być przyjęci w ilości wystarczającej na wykonanie kontraktu na zaproponowanym poziomie, zaś ŚCR nie posiada potencjału lekarskiego, który pozwoliłby na znaczące zwiększenie liczby łóżek.*

*Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, że po uwzględnieniu wszystkich aneksów kontrakt można uznać za wykonany.*

*(Dowód: akta kontroli str. 24 Wyjaśnienie Dyrektora Jednostki)*

## **2.2. Przebieg procesu udzielania świadczeń**

Kontrolujący w toku prowadzonych czynności zapoznali się z przebiegiem procesu udzielania świadczeń medycznych w Jednostce Kontrolowanej dokonując analizy dokumentów wewnętrznych Szpitala, regulujących powyższe kwestie.

Ustalono, iż treść Regulaminu przywołuje ogólne ramy wykonywania działalności leczniczej pod względem organizacyjnym, formalnym, rejestrowym oraz obowiązków uczestników procesu udzielania świadczeń. Regulamin precyzuje zasady udzielania świadczeń leczenia szpitalnego m.in. poprzez: 1) uszczegółowienie zasad przyjęcia pacjenta do Centrum, określając obowiązki pacjenta zgłaszającego się na Izbę Przyjęć w trybie planowym oraz zadania personelu medycznego Izby Przyjęć; 2) opis procesu diagnostyczno – leczniczego przy przyjęciu, gdzie lekarz dyżurny zobowiązany jest zebrać wywiad, zaznajomić się z wynikami dotychczasowych badań i ustalić dalszy sposób postępowania; 3) określenie zasad udzielania informacji o stanie zdrowia zarówno pacjentów pełnoletnich jak również przedstawicielom ustawowym; 4) skatalogowanie praw i obowiązków lekarzy w zakresie dochowania tajemnicy informacji związanych z pacjentem jak również możliwości powstrzymania się od wykonywania świadczeń zdrowotnych; 5) określenie zasad wypisu pacjenta z zaznaczeniem sytuacji wypisu na żądanie pacjenta oraz gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; 6) procedurę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.

Dodatkowo Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa poinformowała, że *W okresie objętym kontrolą udzielanie świadczeń rehabilitacyjno – leczniczych w ŚCR w zakresach objętych umową z NFZ, przebiegało zgodnie z procedurami, procesami i instrukcjami wynikającymi z obowiązujących do 15 września 2018 r. wymagań systemu zarządzania jakością tj. Certyfikatu ISO Norma 9001:2008.*

Jednocześnie poinformowała, iż *Po ustaniu działania Systemu Zarządzania Jakością tj. 15 września 2018 roku, procedury i instrukcje zostały zaktualizowane i zatwierdzone jako obowiązujące.*

*(Dowód akta kontroli str. 25-26 Informacje sporządzone przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)*

### **2.3. Wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Oddziałów, Poradni, Działu, liczba leczonych, liczba udzielonych porad)**

W oparciu o zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala<sup>14</sup> ustalono, że liczba komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturach Szpitala w latach 2018 – 2019 nie uległa zmianie i kształtowała się następująco: 2 oddziały stacjonarne, 1 oddział dzienny, 1 poradnia rehabilitacyjna, 1 fizjoterapia ambulatoryjna.

*(Dowód: akta kontroli str. 27 Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Dyrektora Szpitala<sup>15</sup> ustalono, że w okresie objętym kontrolą: a) liczba łóżek nie uległa zmianie i wynosiła 138, a liczba miejsc dziennych 100; b) w ramach leczenia szpitalnego, na oddziale dziennym oraz w poradni rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej leczono łącznie 11 675 osób, w tym: - w 2018 r. – 5308, z czego: w oddziałach stacjonarnych 2205, w oddziale dziennym 1072, w poradni rehabilitacyjnej 1526, w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej 505 osób; w 2019 r. – 6367, z czego: w oddziałach stacjonarnych 2197, w oddziale dziennym 1248, w poradni rehabilitacyjnej 2407, w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej 515 osób; c) w poradni oraz fizjoterapii ambulatoryjnej w kontrolowanym okresie udzielono łącznie 3 715 porad, z czego: 1470 w 2018 r. i 2245 w 2019 r.

*(Dowód: akta kontroli str. 28 Zestawienie nr 3A liczba łóżek i 3 przyjętych/leczonych w latach 2018-2019 podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Kontrolujący na podstawie zestawień podpisanych przez Dyrektora Szpitala, informacji dostępnych m.in. na stronach internetowych Jednostki Kontrolowanej, danych zawartych w księdze rejestrowej, szczegółowej analizie poddali wykonanie usług w komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, tj. w 2 oddziałach stacjonarnych, oddziale dziennym oraz poradni rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej, ustalając, że:

1) Oddział Rehabilitacji I działa w strukturze Jednostki Kontrolowanej od 1.01.1991 r. i posiada 69 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 001 z kodem 4300, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Zestawienie nr 2 - Liczba Oddziałów oraz Poradni w 2018 i 2019 roku w Kontrolowanej Jednostce

<sup>15</sup> Zestawienie nr 3A do tej kontroli – liczba łóżek w latach 2018 – 2019.

<sup>16</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania - Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 173).

Liczba pacjentów leczonych w okresie objętym kontrolą wynosiła 2159 (w 2018 r. – 1072, a w 2019 r. - 1087). Zanotowano wzrost liczby pacjentów w 2019 r. o 15, czyli o 1,40 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura leczonych pacjentów przedstawia się następująco:

- pacjenci pilni<sup>17</sup> – 309
- pacjenci stabilni<sup>18</sup> – 1715
- spoza kolejki<sup>19</sup> – 135

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 91,99 %, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 91,81%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 23,49 i 23,17.

2) Oddział Rehabilitacji II działa w strukturze Jednostki Kontrolowanej od 1.01.1991 r. i posiada 69 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 002 z kodem 4300, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Liczba pacjentów leczonych w okresie objętym kontrolą wynosiła 2243 (w 2018 r. – 1133, a w 2019 r. - 1110). Zanotowano spadek liczby pacjentów w 2019 r. o 23, czyli o 2,03% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura leczonych pacjentów przedstawia się następująco:

- pacjenci pilni – 686
- pacjenci stabilni – 1209
- spoza kolejki - 348

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 94,43%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 94,14%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 21,91 i 22,03.

Wyżej opisane oddziały zapewniają całodobową opiekę medyczną pacjentom leczonym w trybie stacjonarnym m.in. poprzez: zapewnienie opieki pielęgniarskiej wg obowiązujących standardów, dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych, wstępną ocenę stanu zdrowia, diagnozę pielęgniarską i lekarską oraz ustalanie postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego, pobieranie materiału do badań analitycznych, wykonywanie zleceń lekarskich dotyczących procesu leczenia.

---

<sup>17</sup> Kryteria ustalane zgodnie z Rozporządzeniem 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 zdrowotnej (Dz. U. 2005 poz. 1661).

<sup>18</sup> Jak wyżej.

<sup>19</sup> Wszyscy pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala /poradni w trybie innym niż oczekujący.

3) Oddział Rehabilitacji Diennej działa w strukturze Kontrolowanej Jednostki od 1.10.2010 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 013 z kodem 2300, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i posiada 100 miejsc pobytu dziennego.

Liczba pacjentów leczonych w okresie objętym kontrolą wynosiła 2320 (w 2018 r. – 1072, a w 2019 r. – 1248). Zanotowano wzrost liczby pacjentów w 2019 r. o 176, czyli o 16,42% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura leczonych pacjentów przedstawia się następująco:

- pacjenci pilni -1032
- pacjenci stabilni – 759
- pacjenci spoza kolejki – 529

Oddział w okresie objętym kontrolą czynny był 5 dni w tygodniu łącznie przez 52,55 godziny.

4) Poradnia Rehabilitacyjna działa w strukturze Kontrolowanej Jednostki od 01.07.2005 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 005 z kodem 1300.

W okresie objętym kontrolą w poradni udzielono łącznie 3715 porad (pacjentom zakwalifikowanym jako: pilni - 2091, stabilni – 1624), w tym: w 2018 r. -1470, a w 2019 r. – 2245. Ustalono, że liczba porad w 2019 r. zwiększyła się o 775 w stosunku do roku poprzedniego, co stanowiło wzrost o 52,72%.

W okresie objętym kontrolą poradnia czynna była 3 dni w tygodniu łącznie przez 14 godzin.

5) Fizjoterapia Ambulatoryjna działa w strukturze Kontrolowanej Jednostki od 1.01.2008 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 012 z kodem 1310. W okresie objętym kontrolą w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wykonano łącznie 986 zabiegów (pacjentom zakwalifikowanym jako: pilni – 451 i stabilni – 535), w tym: w 2018 r. – 484, a w 2019 r. – 502. Ustalono, że liczba świadczeń w 2019 r. zwiększyła się o 18, co stanowi wzrost o 3,72%.

W okresie objętym kontrolą komórka organizacyjna czynna była 5 dni w tygodniu, łącznie przez 52,55 godzin.

*(Dowód akta kontroli str.29- 34 Zestawienia nr 4, 4B, 4C, 6 podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Szczegółowej analizie poddano na koniec 2018 r. i 2019 r. kolejki oczekujących, prowadzone w komórkach organizacyjnych Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.<sup>20</sup> Na podstawie zestawień podpisanych przez Dyrektora Szpitala ustalono, że w:

---

<sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

1) Oddziale Rehabilitacji I na przyjęcie do Oddziału na koniec 2018 r. odnotowano na listach oczekujących 597 osób, w tym: 11 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 4,92 dnia i 586 zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 20,25 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wynosiła 604 osoby, w tym: 1 zakwalifikowana jako przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania 1,5 dnia i 603 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 12,5 dnia. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. liczba pacjentów pilnych zmalała o 10, a średni czas oczekiwania skrócił się o 3,42 dnia. Natomiast liczba osób oczekujących w kategorii stabilny wzrosła o 17, przy jednoczesnym skróceniu czasu oczekiwania o 7,75 dni.

2) Oddziale Rehabilitacji II na przyjęcie do Oddziału na koniec 2018 r. odnotowano na listach oczekujących 20 683 pacjentów, w tym: 27 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 2,58 dnia i 20 656 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 612,92 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wynosiła 19 043 osoby, w tym: 21 zakwalifikowanych jako przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania 1,33 dnia i 19 022 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 713,08 dnia. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 6 osób zmalała liczba przypadków pilnych, a średni czas oczekiwania skrócił się o 1,25 dnia. Nastąpił również spadek liczby przypadków stabilnych oczekujących na przyjęcie do Oddziału o 1 634. Mimo to nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania o 100,16 dnia.

3) Poradni Rehabilitacyjnej na koniec 2018 r. na listach oczekujących odnotowano 420 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 14 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących wyniosła 156 osób w kategorii stabilny, a średni czas oczekiwania 8,33 dni. Nie zanotowano przypadków pilnych. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 264 osoby zmalała liczba pacjentów oczekujących, natomiast czas oczekiwania skrócił się o 5,67 dni.

4) Fizjoterapii Ambulatoryjnej na koniec 2018 r. na listach oczekujących odnotowano 4179 osób, w tym: 36 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 5,67 dni i 4143 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 347,33 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 3350 osoby, w tym: 81 zakwalifikowanych jako przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania 7,67 dni i 3269 przypadków stabilnych ze średnim czasem oczekiwania 293,42 dni. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 45 wzrosła liczba przypadków pilnych oraz średni czas oczekiwania o 2 dni. Natomiast w przypadku oczekujących zakwalifikowanych jako stabilni nastąpił spadek zarówno liczby oczekujących o 874, jak i czasu oczekiwania o 53,91 dni.



Ustalono, że ww. komórka w ramach kinezyterapii realizuje świadczenia metodami: P.N.F, McKenzie, Schroth (trój płaszczyznowa korekcja skoliozy), N.D.T. Bobath (neuromobilizacja nerwów obwodowych i kręgosłupa) oraz kinesiotaping. Wykonuje zabiegi z zakresu fizykoterapii obejmujące m.in.: elektroterapię, magnetoterapię, ultradźwięki, laseroterapię, krioterapię, światłolecznictwo. Fizjoterapia Ambulatoryjna dysponuje urządzeniem Lokomat pozwalającym na trening chodu w warunkach dynamicznego obciążenia symulacją wzorca chodu dla segmentów kończyn dolnych (udo i podudzie), z możliwością dowolnego ustawienia parametrów chodu (prędkość, długość kroku).

5) Oddziale Rehabilitacji Diennej na koniec 2018 r. na listach oczekujących odnotowano 8195 osoby, w tym: 32 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 5,5 dnia i 8163 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 485,5 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wynosiła 7948 osoby w tym: 42 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 1,5 dnia i 7906 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 531,67 dni. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 10 osób wzrosła liczba pacjentów zakwalifikowanych jako pilni, zarazem o 4 dni skrócił się średni czas oczekiwania. Natomiast w przypadku pacjentów stabilnych nastąpił spadek oczekujących o 257, przy jednoczesnym wzroście średniego czasu oczekiwania o 46,17 dni.

*(Dowód akta kontroli str. 35-36 Zestawienia nr 4A podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Kontrolujący zwrócili się z prośbą o wyjaśnienie powodu tworzenia się kolejek oczekujących, odbierając od Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnienie w treści: *Kolejki oczekujących pacjentów na zrealizowanie świadczenia w ŚCR wynikają z:*

- umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na określoną liczbę punktów w Oddziale Rehabilitacji I, II, Poradni Rehabilitacyjnej, Fizjoterapii Ambulatoryjnej i Oddziale Rehabilitacji Diennej,
- dużej liczby pacjentów nie tylko po zabiegach, ale również z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego w każdym z wymienionych powyżej zakresów umowy z NFZ,
- stałej liczby łóżek w szpitalu – 138 sztuk,
- limitu liczby miejsc w Oddziale Rehabilitacji Diennej,
- wymogów NFZ w stosunku do potencjału ludzkiego.

*(Dowód akta kontroli str. 37 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa )*

W ramach dostępności do świadczeń, w toku kontroli zebrano dane dotyczące:

1. liczby wykonanych zabiegów w Dziale Rehabilitacji (Fizjoterapia Ambulatoryjna),

2. liczby odmów ogółem w Izbie Przyjęć.

**Ad. 1.**

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą wykonano łącznie 51 059 zabiegów, w tym: w 2018 r. – 24 686 i w 2019 r. 26 373.

Poniżej w zestawieniu tabelarycznym przedstawiono liczbę poszczególnych badań wykonanych w ramach fizykoterapii.

Nazwa zabiegu	2018 rok	2019 rok
Fizykoterapia	16 529	18 302
Hydromasaż	36	0
Krioterapia	1 649	2000
Masaż	3 241	3 171
Kąpiele	878	887
Okłady	248	313
Ultradźwięki	2 105	1 700

Powyższe dane pozwoliły na ustalenie, że w 2019 r. największe wzrosty liczby wykonanych zabiegów odnotowano w fizjoterapii (wzrost o 1 773) oraz krioterapii (wzrost o 351), natomiast największe spadki zarejestrowano w ultradźwiękach (o 405 zabiegów).

**Ad. 2.**

Na podstawie przedłożonych do kontroli danych ustalono, że w badanym okresie ilość odmów ogółem w Izbie Przyjęć Szpitala wyniosła:

- w 2018 r. – 8 (względy medyczne);
- w 2019 r. – 29 (względy medyczne).

*(Dowód akta kontroli str. 38-39 Zestawienie 4D i 5 podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

**2.4. Prowadzenie list oczekujących**

Kontrolujący ustalili, że w latach 2018-2019 zmianie ulegały niektóre zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>21</sup> (zwanej dalej u.ś.o.z.). Istotne dla przebiegu kontroli okazały się zmiany dokonane w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia<sup>22</sup> bezpośrednio

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1373 t. j. ze zm).

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2018 poz. 2429) oraz Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U.2019 poz.1590).

modyfikujące część zapisów dotyczących prowadzenia list oczekujących, które stały się integralną częścią harmonogramów przyjęć. Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii oczekujący zgodnie z art. 19a ust. 2 pkt 1 lit. c u.ś.o.z. świadczeniodawca jest zobowiązany do ustalenia terminu udzielenia świadczenia wynikającego z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, stosownie do art. 20 u.ś.o.z.

Z uwagi na fakt, iż listy oczekujących jako element harmonogramu przyjęć stanowią integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę, a prawo do wydania lub uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej szczegółowo określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,<sup>23</sup> na potrzeby kontroli Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa opisała zasady tworzenia list oczekujących w Szpitalu, informując, iż *Listy oczekujących prowadzone są w systemie KS-PPS – jest to oprogramowanie firmy Kam Soft wykorzystywane w Szpitalu od lat. Od lipca 2019 r. wprowadzono konieczność powadzenia list oczekujących w aplikacji AP-KOLCE – centralne kolejki, udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Każde nowe skierowanie jest rejestrowane do systemu informatycznego AP-KOLCE. Jest to aplikacja przeznaczona dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia. W tej aplikacji po wpisaniu każdego kolejnego skierowania tworzy się kolejka oczekujących, które są częścią harmonogramu przyjęć. Aplikacja sama wylicza średni czas oczekiwania na świadczenie.*

*(Dowód akta kontroli str. 40 Informacja sporządzona przez z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Jednocześnie Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oświadczyła, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami *ŚCR zapewnia dostęp poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47c<sup>24</sup> Ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych traktując ich skierowania jako pilne.*

*(Dowód akta kontroli str.41 Informacja sporządzona przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)*

W związku z tym, iż art. 20 ust. 2 pkt. 3 u.ś.o.z. zawiera zamknięty katalog danych, które należy umieścić wpisując pacjenta na listę oczekujących, w tym m.in. imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu potwierdzone jej podpisem, kontrolujący zwrócili się z pytaniem, w jaki

---

<sup>23</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 t. j.). Art. 26 ww. ustawy określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze).

<sup>24</sup> Art. 47c ust. 1 u.ś.o.z. zawiera katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (...) poza kolejnością, np.: kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci.

sposób Jednostka Kontrolowana prowadząc listy oczekujących elektronicznie spełnia wymóg autoryzacji dokonywanych wpisów. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że *ŚCR spełnia wymóg autoryzacji wpisu do list oczekujących poprzez logowanie się do systemu osób upoważnionych i wpisaniu indywidualnego hasła. Program automatycznie zapisuje kto dokonał wpisu do list i o której godzinie.*

*(Dowód akta kontroli str. 42 Informacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Kontrolujący w oparciu o informację sporządzoną przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa ustalili, że *Od lipca 2019 r. wprowadzono konieczność prowadzenia list oczekujących w aplikacji AP-KOLCE – centralne kolejki. Po wprowadzeniu danych w KS-PPS i wysłaniu do NFZ generowane są listy osób oczekujących, już przyjętych (skreślonych) oraz pierwsze wolne terminy przyjęć. Codziennie w programie KS-PPS generowany jest komunikat o Pierwszym Wolnym Terminie przyjęcia i przesyłany do NFZ. Listy oczekujących wysyłane są jeden raz w miesiącu do 10 dnia każdego następnego miesiąca zgodnie z art. 23 ustawy z 27. 08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

*(Dowód: akta kontroli str. 43 Informacja sporządzone przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)*

## **2.5. Działalność zespołu ds. oceny przyjęć**

W trakcie czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu Oceny Przyjęć pod kątem przepisów, o których mowa w art. 21 u.ś.o.z. W tym zakresie ustalono, że w okresie kontroli w Podmiocie Leczniczym obowiązywały Zarządzenia nr 21/2017<sup>25</sup> z dnia 3.07.2017 r. i nr 62A/2018<sup>26</sup> z dnia 27.07.2018 r. Dyrektora Szpitala w sprawie aktualizacji składu Zespołów i Komisji zadaniowych określające m.in. skład Zespołu oceny przyjęć<sup>27</sup> (zwanego dalej Zespołem), jego zadania<sup>28</sup> i częstotliwości zebrań.<sup>29</sup>

*(Dowód : akta kontroli str. 44-50 Zarządzenie nr 21/2017 i 62A/2018 Dyrektora Szpitala )*

---

<sup>25</sup> Obowiązujące od 3.07.2017 r. do 31.07.2018 r.

<sup>26</sup> Obowiązujące od dnia 01.08.2018 r. do *nadal*

<sup>27</sup> Lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, Kierownik ds. Pielęgniarstwa

<sup>28</sup> Do zadań Zespołu należy analiza i ocena list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

<sup>29</sup> Zespół dokonuje oceny przyjęć raz w miesiącu, sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy.

Biorąc powyższe pod uwagę na podstawie okazanych materiałów źródłowych<sup>30</sup> tj. *Raportów z oceny listy oczekujących na udzielenie świadczeń w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze* ustalono, że Zespół raz w miesiącu, w wyznaczonym składzie dokonywał na podstawie wydruku raportu z kolejek oczekujących oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów. Każdorazowo sporządzane dokumenty z zebrań Zespołu przedstawiano Dyrektorowi Szpitala.

*(Dowód akta kontroli str.51 – 53 przykładowe raporty z oceny list oczekujących Nr 1/2018 za styczeń 2018 r., Nr 12/2019 za grudzień 2019 r.)*

## **2.6. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne**

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. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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 zestawienia<sup>31</sup> podpisanego przez Dyrektora Szpitala, w okresie objętym kontrolą, Centrum przeprowadziło łącznie 3 konkursy na realizację świadczeń zdrowotnych i trzy postępowania pozakonkursowe na realizację świadczeń zdrowotnych, w tym:

- a) w 2018 r.: 1 postępowanie w trybie konkursowym na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 1 postępowanie w trybie pozakonkursowym na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.
- b) w 2019 r.: 2 postępowania w trybie konkursowym na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 2 w trybie pozakonkursowym na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

W wyniku przeprowadzonych postępowań podpisano łącznie 14 umów, w tym:

- a) w 2018 r. 2 z personelem medycznym na realizację świadczeń zdrowotnych i 1 z podmiotem zewnętrznym,

<sup>30</sup> Raportów z oceny listy oczekujących na udzielenie świadczeń w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze – 12 za 2018 r. i 12 za 2019 r.

<sup>31</sup> Zestawienie nr 8 do tez kontroli

b) w 2019 r. 9 z personelem medycznym na realizację świadczeń zdrowotnych i 2 z podmiotami zewnętrznymi.

*(Dowód akta kontroli str. 54- 54A Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Umowy z podwykonawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie konkursu ofert dotyczyły zabezpieczenia opieki lekarskiej w oddziałach Centrum.

Łączne koszty usług medycznych wykonywanych przez:

- personel medyczny kształtowały się w wysokości 147 780 zł, w 2018 r. - 130 280 zł, w 2019 r. – 17 500 zł;
- podmioty zewnętrzne na rzecz Szpitala kształtowały się w wysokości 5 960 zł, w 2018 r. – 0,00 zł, w 2019 r. – 5 960<sup>32</sup> zł.

Zgodnie z wyjaśnieniem podpisanym przez Dyrektora Szpitala (...) w okresie od dnia 1.01.2018 r. do 31.12.2018 r. nie były realizowane usługi medyczne będące przedmiotem umowy z Samorządowym Ośrodkiem Zdrowia w Miedzianej Górze z siedzibą w Kostomłotach II. W związku z powyższym koszty usług medycznych wykonywanych przez podmioty zewnętrzne w 2018 r. wyniosły 0,00 zł.

*(Dowód akta kontroli str.55-57 Informacja i Wyjaśnienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

Szczegółowym badaniem objęto konkurs przeprowadzony w 2019 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych z podziałem na dwa zadania:

Zadanie nr 1:

*Udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji I, II i w Oddziale Rehabilitacji Diennej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, przez lekarza: specjalistę w dziedzinie rehabilitacji, chirurgii ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, reumatologii, chorób wewnętrznych.*

Zadanie nr 2:

*Pełnienie dyżurów kontraktowych w Oddziałach Rehabilitacji I i II w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze przez lekarza: prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, posiadającego kwalifikacje zawodowe do wykonywania świadczeń zdrowotnych.*

---

<sup>32</sup> Większość kosztów z tytułu umów podpisanych w wyniku przeprowadzonych konkursów w 2019 r. będzie generowanych w 2020 r. - 8 z nich weszło w życie od 1.01.2020 r.

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że Zarządzeniem Dyrektora Nr 13/2019 z dnia 14.05.2019 r. została powołana pięcioosobowa komisja konkursowa do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne opisane w ww. zadaniach. W ramach prac komisja miała: 1) rozpatrzyć oferty zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, 2) rozstrzygnąć konkurs, 3) zawiadomić oferentów o zakończeniu konkursu i jego wynikach.

Przed wszczęciem konkursu ustalono wartość szacunkową zamówienia dla każdego zadania w oparciu o *średnioroczną wartość świadczeń*.<sup>33</sup>

*(Dowód akta kontroli str.58 Wartość szacunkowa zamówienia)*

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że Podmiot Lecznicy: a) w dniu 16.05.2019 r. zamieścił na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala ogłoszenie o konkursie; b) nie upublicznił Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (zwanym dalej SWKO) oraz projektu umowy.

*(Dowód akta kontroli str. 59- 62 Ogłoszenie o konkursie ofert)*

W tej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa złożyła wyjaśnienie w brzmieniu *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze wyjaśnia, że w treści ogłoszenia została umieszczona informacja o udostępnieniu Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w Sekretariacie pod nr tel. 041 372 18 17. W związku z powyższym kryterium jawności zostało spełnione, gdyż każdy zainteresowany oferent mógł zadzwonić pod wskazany numer i uzyskać do nich dostęp. Udostępnienie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w Sekretariacie, czyli w siedzibie Zamawiającego, jest tożsame z umieszczeniem ich na stronie internetowej. Oświadczamy, iż w toku postępowania nie uległa zmianie treść Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz projekt umowy.*

*(Dowód akta kontroli str. 63 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień kontrolujący nie mogą uznać, że *Udostępnienie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w Sekretariacie, czyli siedzibie Zamawiającego, jest tożsame z umieszczeniem ich na stronie internetowej*. W ocenie kontrolujących udostępnienie SWKO jedynie w sekretariacie Szpitala mogłoby przełożyć się na ograniczenie liczby zainteresowanych warunkami konkursu. Zamieszczanie na stronie

---

<sup>33</sup> Łączna maksymalna wartość zamówienia określona w dniu 2.05.2019 r. wynosiła dla: zadania nr 1- 98 000 zł, zadania nr 2 – 60 480 zł.

internetowej Szpitala dokumentu określającego kryteria oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców umożliwiająca zdecydowanie większemu gronu odbiorców zapoznanie się z wymaganiami udzielającego zamówienia i ułatwia podjęcie decyzji o ewentualnym uczestnictwie w ogłoszonym postępowaniu.

W kontrolowanym konkursie ofert, w SWKO zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala opisano m.in. przedmiot zamówienia, wymagania stawiane oferentom, kryteria oceny ofert, sposób obliczania punktów za poszczególne kryteria, miejsce i termin składania ofert, informacje o rozstrzygnięciu konkursu, warunki zawarcia umowy, środki odwoławcze przysługujące oferentowi, a w załącznikach do oferty: formularz ofertowy, oświadczenie i zobowiązania oferentów.

Analiza treści SWKO pozwoliła na ustalenie, iż w części V. Przygotowanie oferty pkt. 2 udzielający zamówienia wskazał jako wymagany dokument *wpis do rejestru wojewody*, natomiast w formularzu ofertowym w części III. Załączniki do oferty pkt. 4 wymagany był *dokument potwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich*.

W tej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa złożyła wyjaśnienie w treści *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze wyjaśnia, że ogłaszając konkurs na udzielenie świadczeń zdrowotnych potencjalnym oferentem mógł być zarówno podmiot leczniczy, jak i indywidualna praktyka lekarska i w związku z powyższym właściwym dokumentem może być wpis:*

- a) *do Rejestru Wojewody ma miejsce wyłącznie, gdy oferentem jest podmiot leczniczy,*
- b) *do Okręgowej Rady Lekarskiej, gdy oferent prowadzi indywidualną praktykę lekarską (...).*

*(Dowód akta kontroli str. 63a-67 SWKO, Formularz ofertowy, Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Kontrolujący w pierwszej kolejności wskazują, że ogłaszając konkurs na świadczenia opieki zdrowotnej udzielający zamówienia zobowiązany jest do tego, aby tworzone na potrzeby postępowania dokumenty były ze sobą tożsame, a w swej treści przewidywały wszystkie możliwe warianty dokumentów, które może złożyć potencjalny oferent w celu spełnienia wymagań udzielającego zamówienia. Kontrolujący przypominają, iż formy działalności leczniczej lekarzy określa art. 5 ust. 2 u.d.l<sup>34</sup>. W związku z powyższym, zdaniem

---

<sup>34</sup> Może być prowadzona w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem prowadzącym ten zakład, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na



kontrolujących, wyczerpującym byłby zapis o konieczności złożenia wpisu do stosownego rejestru w zależności od formy prawnej prowadzonej działalności oferenta.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły ustalić, że w wymaganym terminie, tj. 23.05.2019 r. wpłynęła jedna oferta lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, zawierająca m.in.: formularz ofertowy z deklaracją realizacji świadczeń w zadaniu nr 1, dokumenty o kwalifikacjach i uprawnieniach (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji w zakresie rehabilitacja medyczna), potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, polisę ubezpieczeniową.

Według treści protokołu z dnia 24.05.2019 r. z posiedzenia komisji konkursowej oraz załącznika do protokołu pn. *Ocena do konkursu ofert na udzielenie świadczeń lekarskich*<sup>35</sup> oferta nie zawierała braków, spełniała wymagania Pomiotu Leczniczego określone w zadaniu pn. *Udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji I, II i w Oddziale Rehabilitacji Diennej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, przez lekarza: specjalistę w dziedzinie rehabilitacji, chirurgii ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, reumatologii, chorób wewnętrznych*, a zaproponowana cena i liczba dni deklarowanej opieki lekarskiej była zgodna z oczekiwaniami Szpitala w tym zakresie.

*(Dowód akta kontroli str. 67-72 Protokół wraz z kartą oceny)*

Przedstawione do analizy dokumenty pozwoliły na ustalenie, że ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostało zamieszczone na tablicy ogłoszeń 27.05.2019 r., a w dniu 29.05.2019 r. upublicznione na stronie internetowej Szpitala.

*(Dowód akta kontroli str. 73-75 Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert)*

W tej kwestii wyjaśnienie złożyła Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa w brzmieniu *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze wyjaśnia, że Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu miało być tożsame z datą rozstrzygnięcia zgodnie z punktem 4 Ogłoszenia*

---

podstawie umowy z podmiotem prowadzącym ten zakład, spółki cywilnej, spółki jawnej, albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

<sup>35</sup> Oferta uzyskała łącznie 91 pkt (jakość – 15 pkt., kompleksowość – 15 pkt., dostępność – 6 pkt., ciągłość – 15 pkt., cena – 40 pkt.).

*o konkursie ofert na udzielanie świadczeń lekarskich, tj. 24.05.2019 r. Jednakże z przyczyn technicznych nie zostało umieszczone w w/w terminie.*

*(Dowód akta kontroli str. 76 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Powyższe znalazło potwierdzenie w badanych dokumentach z postępowania konkursowego, tj. notatek służbowych. Według treści jednej z nich, datowanej na 27.05.2019 r., rozstrzygnięcie konkursu w dn. 24.05.2019 r. miało miejsce o godz. 14.30, (25.05.2019 r. i 26.05.2019 r. to sobota i niedziela). W dniu 27.05.2019 r. ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert wywieszono na tablicy ogłoszeń w siedzibie Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze. Brak możliwości zamieszczenia treści ogłoszenia na stronie internetowej z przyczyn technicznych (problemy z Internetem). W tym samym dniu oferent został powiadomiony pisemnie o wyniku konkursu ofert<sup>36</sup>. Natomiast z treści notatki z dnia 29.05.2019 r. wiadomo, że W dn. 29.05.2019 r. zostało zamieszczone na stronie internetowej [www.rehabilitacjascr.pl](http://www.rehabilitacjascr.pl) ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert na udzielanie świadczeń lekarskich Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze. Opóźnienie było spowodowane przyczynami technicznymi (problemy z internetem).

*(Dowód akta kontroli str. 77 - 78 notatki służbowe z dn. 27.05.2019 r. i z dn. 29.05.2019 r.)*

Kontrolujący w obliczu sytuacji niezależnej od udzielającego zamówienie, której nie mógł przewidzieć, tj. awaria internetu, przyjmują wyjaśnienie w tym zakresie. Niemniej zdaniem kontrolujących udzielający zamówienia powinien postąpić zgodnie z art. 151 ust. 2 u.ś.o.z., tj.: upublicznić informację o rozstrzygnięciu konkursu ofert w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, czyli 24.05.2019 r. Ustalenie terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu zawsze leży w gestii udzielającego zamówienia, zatem umieszczenie ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu na tablicy ogłoszeń w dniu 27.05.2019 r. było działaniem sprzecznym nie tylko z zasadami określonymi przez ustawodawcę, ale także ogłaszającego konkurs. Badanie treści ogłoszenia o konkursie, w którym wskazano, że umowa na zadanie nr 1 i nr 2 obowiązywać będzie od 1.06.2019 r., zdaniem kontrolujących jednoznacznie determinowało datę ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania na dzień 24.05.2019 r. Tylko w takim przypadku ogłaszający konkurs mógł postąpić zgodnie z art. 151 ust. 5 u.ś.o.z.<sup>37</sup>, w związku z art. 154 ust. 1 u.ś.o.z. stanowiącym, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora (...)

<sup>36</sup> Pismo odebrane osobiście przez wyłonionego w konkursie lekarza.

<sup>37</sup> Art. 151 ust. 5 Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje jego zakończenie.

w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.(...). Upublicznienie ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala w dniu 27.05.2019 r. i z uwagi na awarię internetu w dniu 29.05.2019 r. na stronie internetowej uniemożliwiło dotrzymanie wyżej wskazanych terminów i mogło wzbudzić wątpliwości, która data jest właściwa w kontekście zapisu art.154 ust.1. W zaistniałej sytuacji, kontrolujący uwzględniają, że podpisanie umowy z wybranym oferentem 31.05.2019 r., czyli bez dotrzymania 7 dniowego terminu do odwołania na rozstrzygnięcie postępowania liczonego od dnia jego ogłoszenia, było możliwe z uwagi na fakt, iż: a) z treści badanego protokołu wiadomo, iż wybrany w postępowaniu lekarz był obecny przy otwieraniu ofert; b) odebrano od niego w dniu 27.05.2019 r. oświadczenie w treści (...) *niniejszym zrzekam się nieodwołalnie z przysługującym mi prawa protestu/odwołania od rozstrzygnięcia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, dokonanego przez Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze w dniu 24.05.2019 r.*

Analiza treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykazała, że zostało ono sformułowane z naruszeniem art.151 ust.4<sup>38</sup> u.ś.o.z., ponieważ zawierało jedynie imię i nazwisko wybranego oferenta. Ponadto treść ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu nie wskazuje jednoznacznie w ramach, którego zadania wybrano ofertę świadczeniodawcy.

W tej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa złożyła wyjaśnienie w treści *Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze wyjaśnia że:*

*1. omyłkowo w treści o rozstrzygnięciu konkursu zostało wpisane imię i nazwisko oferenta, natomiast nie została umieszczona nazwa Indywidualnej Praktyki Lekarskiej z siedzibą oferenta.*

*2. w ogłoszonym w dniu 16.05.2019r. konkursie ofert na udzielanie świadczeń lekarskich wpłynęła oferta na Zadanie Nr 1, natomiast na Zadania Nr 2 nie wpłynęła żadna oferta.*

*(Dowód akta kontroli str. 79 Wyjaśnienie podpisane przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że zawarta z wybranym lekarzem umowa z dnia 31.05.2019 r. obowiązywała w okresie od 1.06.2019 r. do 31.12.2019 r. Stosownie do §7 ust.1 ww. umowy wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie 70,00 zł za godzinę opieki

---

<sup>38</sup> Art. 151 ust. 4 – Ogłoszenia (...) zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę, albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.

lekarskiej miało być płatne w terminie 21 dni, licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku wraz z załącznikiem zawierającym daty świadczenia usług zdrowotnych i liczbę godzin. Termin dostarczenia rachunków określono *do piątego dnia następnego miesiąca*.

(Dokument akta kontroli str.80-86 Umowa z dnia 31.05.2019 r.)

Biorąc powyższe pod uwagę na podstawie przedłożonych rachunków, przelewów bankowych wykazano nieprawidłowości, zarówno w zakresie terminów dostarczania rachunków za wykonane świadczenia zdrowotne przez lekarza, jak i terminów regulowania należności przez Szpital.

Szczegóły w tym zakresie przedstawiono w poniższym zestawieniu tabelarycznym.

Lp.	Nr faktury	Data wystawienia	Data wpływu dokumentu	Opóźnienie w terminie dostarczenia dokumentu księgowego w dniach*	Data zapłaty	Zaległości w zapłacie w dniach**
1.	7/2019	30.06.2019 r.	5.07.2019 r.	w terminie	19.08.2019 r.	25
2.	9/2019	31.07.2019 r.	23.08.2019 r.	18	16.09.2019 r.	4
3.	10/2019	31.08.2019 r.	6.09.2019 r.	1	22.10.2019 r.	25
4.	12/2019	30.09.2019 r.	11.10.2019 r.	6	09.12.2019 r.	39
5.	15/2019	31.10.2019 r.	8.11.2019 r.	3	11.12.2019 r.	13
6.	17/2019	30.11.2019 r.	6.12.2019 r.	1	23.12.2019 r.	w terminie
7.	19/2019	31.12.2019 r.	10.01.2020 r.	5	21.02.2020 r.	22

\*Liczone od następnego dnia po upływie terminu złożenia rachunku określonego w umowie.

\*\* Liczone od dnia poprawnie złożonej faktury.

(Dowód akta kontroli str. 87-105 Faktury nr: 7/2019 z dn. 30.06.2019 r., nr 9/2019 z dn. 31.07.2019r., nr 10/2019 z dn. 31.08.2019 r., nr 12/82019 z dn. 30.09.2019 r., nr 15/2019 z dn. 31.10.2019 r., nr17/2019 z dn. 30.11.2019 r., nr 19/2019 z dn. 31.12.2019 r. wraz z przelewami)

Główna księgowa w złożonym wyjaśnieniu odniosła się m.in. do nieterminowego dostarczania rachunków za wykonane świadczenia zdrowotne wskazując, że (...) *wystawianie i dostarczanie faktur do ŚCR zgodnie z umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych leży po stronie – „Przyjmującego zamówienie”*. Faktury objęte kontrolą zostały dostarczone z opóźnieniem.

(Dowód akta kontroli str. 106 Wyjaśnienie Głównej Księgowej)

Odnosząc się do złożonego wyjaśnienia kontrolujący zwracają uwagę, że zawarta umowa stanowi czynność prawną dwustronną, co oznacza, że do jej zawarcia konieczne jest złożenie oświadczenia woli przez obie strony umowy. Podpisanie umowy dochodzi do skutku jeżeli strony złożą ważne (nieobciążone wadami) zgodne oświadczenie woli (czyli osiągną konsensus), a więc przyjmą na siebie nie tylko prawa, ale i obowiązki w niej zawarte. Zatem nie można zgodzić się z wyjaśnieniem, że dostarczanie faktur do Centrum zgodnie z umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych leży wyłącznie po stronie przyjmującego zamówienie. Każda ze stron zobowiązana jest do przestrzegania zapisów umowy i chronienia swoich interesów m.in. poprzez monitorowanie przyjmującego zamówienie do terminowego wywiązywania się z przyjętych umową obowiązków w zakresie składania rachunków. Brak kontroli Szpitala nad prawidłowością realizowanej umowy w zakresie dostarczania *rachunków za wykonanie usługi w terminie do piątego dnia następnego miesiąca* mogłoby doprowadzić do sytuacji, w której np. wymagany dokument zostałby dostarczony w dowolnym terminie. Zawarta umowa dopuszcza wprowadzanie zmian do umowy w formie pisemnej w postaci aneksu, co oznacza, że obie strony miały możliwość ustalenia dogodnego terminu dostarczania rachunków i terminu płatności.

W kwestii niedotrzymywania terminów regulowania zobowiązań oraz ich przyczyn Dyrektor Szpitala złożył obszernie wyjaśnienie w brzmieniu *Z uwagi na niewykonanie w terminie płatności zobowiązań wobec (...) informuję, że przyczyną zapłaty po terminie płatności była trudna sytuacja finansowa placówki przekładająca się na brak płynności finansowej. Obejmując stanowisko kierownika jednostki zastałem taki stan rzeczy. Wartość zobowiązań wymagalnych szpitala na dzień 30.06.2019 r. wynosiła 236 545, 47 zł. Ponadto przychody szpitala nie pokrywają kosztów działalności tj. wg stanu na dzień 30.06.2019 r. przychody wynosiły 5 205 622,06 zł a koszty 5 960 113, 69 zł. W związku z powyższym podjęliśmy szereg działań naprawczych związanych z ograniczeniem kosztów działalności i jednocześnie poszukiwaniem dodatkowych przychodów. Podjęliśmy również działanie związane z poszukiwaniem zewnętrznego źródła finansowania z przeznaczeniem na spłatę zobowiązań wymagalnych w wyniku którego ŚCR uzyskało pożyczkę od Województwa Świętokrzyskiego. Na dzień 31.12.2019 r. Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji nie posiadało zobowiązań wymagalnych.*

*Ponadto od zapłaconych po terminie faktur wobec Alicji Cieciorowskiej, szpital nie został obciążony odsetkami za nieterminowe płatności. W załączeniu stosowne oświadczenia. Środki wpływające z OWŚ NFZ tytułem realizacji świadczeń medycznych nie są w stanie*

*pokryć wydatków związanych z funkcjonowaniem Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji. Wynika to głównie z niedoszacowania procedur medycznych, które nie pokrywają kosztów ich realizacji. Cena za punkt rozliczeniowy w ŚCR nie wzrosła od 2018 r. a choćby koszty pracy rokrocznie wzrastają z uwagi na wzrost minimalnego wynagrodzenia zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu oraz z uwagi na wzrost wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne (ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach medycznych) i odmrożeniu w 2019 r. kwoty bazowej z 3 900,00 zł do 4 200,00 zł. Z podobnymi problemami zmaga się większość szpitali w Polsce. Wg informacji opublikowanej przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie sprawozdań Rb-Z wartość zobowiązań wymagalnych SPZOZ w Polsce na koniec 2019 r. to ponad 1 809 mld zł.*

*(Dowód akta kontroli str. 107 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)*

Według treści oświadczeń dołączonych do wyżej cytowanego wyjaśnienia, przyjmująca zamówienie wyraziła zgodę na wydłużenie terminu zapłaty faktur Nr: 7/2019 z dn. 30.06.2019 r., 9/2019 z dn. 31.07.2019 r., 10/2019 z dn. 31.08.2019 r., 12/2019 z dn. 30.09.2019 r., 15/2019 z dn. 31.10.2019 r., 17/2019 z dn. 30.11.2019 r., 19/2019 z dn. 31.12.2019 r. i że nie będzie z tego tytułu naliczać odsetek.

*(Dowód akta kontroli str. 108-114 Oświadczenia lekarza z dnia: 30.06.2019r., 31.07.2019 r., 31.08.2019 r., 30.09.2019 r., 8.11.2019 r., 30.1.2019 r., 31.12.2019 r.)*

Zdaniem kontrolujących w świetle złożonych wyjaśnień, a przede wszystkim dołączonych oświadczeń lekarza, fakt nienaliczenia przez przyjmującego zamówienie odsetek za zwłokę w regulowaniu należności należy uznać za kluczowy. Stanowisko kontrolujących znajduje odzwierciedlenie w obowiązującym orzecznictwie m.in. wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie,<sup>39</sup> w którym czytamy (...) *nieuiszczenie w terminie zobowiązania przez jednostkę sektora finansów publicznych, jeżeli nie wywołuje skutku w postaci uiszczenia odsetek, kar lub opłat nie jest czynem naruszającym dyscyplinę finansów publicznych. (...), a osoba odpowiedzialna za ten stan rzeczy nie poniesie odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych tak długo jak z tytułu opóźnienia w zapłacie dana jednostka nie będzie musiała uiścić odsetek, kar lub opłat (...).* Swoje stanowisko Sąd argumentował m.in. wskazując, że *zapłata odsetek, kar lub opłat albo oprocentowania, jest koniecznym zdarzeniem, którego wystąpienie jest niezbędne dla możliwości rozpoznania znamion naruszenia dyscypliny finansów publicznych. Czynność sprawcza - "pierwotna"*

<sup>39</sup> Wyrok z dnia 22.05.2015 r., sygnatura akt: V SA/Wa 379/15

*(niewykonanie zobowiązania) powoduje wystąpienie innego zdarzenia - "wtórnego" (zapłaty odsetek, kar lub opłat albo oprocentowania). Można powiedzieć, że zapłata odsetek, kar lub opłat albo oprocentowania jest czynnością następczą w stosunku do czynności sprawczej. Nie budzi wątpliwości, że naruszenie dyscypliny finansów publicznych ma miejsce tylko wówczas, gdy obie te czynności (pierwotna i wtórna) wystąpią w danym stanie faktycznym. (...) To zapłacone odsetki, kary lub opłaty albo oprocentowanie godzą w ład finansów publicznych. (...).*

W świetle powyższego, fakt niezapłacenia przez Szpital odsetek z tytułu opóźnienia w uiszczaniu należności na skutek zrzeczenia się ich przez przyjmującego zamówienie, nie wypełnia znamion naruszenia dyscypliny finansów publicznych określonych w art. 16 ust. 1<sup>40</sup> ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (zwana dalej u.o.n.d.f.p.),<sup>41</sup> niemniej kontrolujący zwracają uwagę, że nieterminowe regulowanie zobowiązań przez Centrum jest sprzeczne z zasadą określoną w art. 44 ust.3. pkt.3<sup>42</sup> ustawy z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>43</sup> (zwanej dalej u.f.p).

## **2.7. Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego (z wyłączeniem skarg podlegających nadzorowi medycznemu)**

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w latach 2018-2019 (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). Ustalono, iż w dniu 17.08.2018 r. wprowadzono dokument nr OP - 2.15 pn. *Procedura przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków wydanie I* (zwany w dalszej części niniejszego punktu Procedurą). W przedstawionym dokumencie ustalono, m.in., że *celem procedury jest zagwarantowanie pacjentom, ich rodzinom i przedstawicielom ustawowym prawa*

---

<sup>40</sup> Art. 16 ust. 1 *Naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, w tym obowiązku zwrotu należności celnej, podatku, nadpłaty lub nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, którego skutkiem jest zapłata odsetek, kar lub opłat albo oprocentowanie tych należności.*

<sup>41</sup> Ustawa z dnia 17.12.2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U.2019.1440 t.j ze zm.)

<sup>42</sup> Art. 44 ust. 3 pkt 3 *Wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w: (...) wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.*

<sup>43</sup> Ustawa z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2019 poz. 869 ze zm.).

*do składania skarg i wniosków oraz do rozpatrywania ich z zachowaniem zasad obiektywizmu i równego traktowania stron. Według dalszej treści Procedury skarga może zostać wniesiona pisemnie, telefonicznie, za pośrednictwem poczty elektronicznej a także ustnie, skargi i wnioski powinny być rozpatrzone w terminie 14 dni, a w sprawach szczególnie skomplikowanych nie później niż w ciągu miesiąca od daty ich wpływu.*

Kontrolujący zwrócili się z pytaniem o sposób organizacji przyjmowania skarg i wniosków przed wprowadzeniem ww. procedury, tj. przed 17.08.2018 r. uzyskując informację w brzmieniu *Skargi i wnioski przed wprowadzeniem Procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków - OP2.15 składane były zgodnie z §28, ROZDAIAŁ XII Zasady przyjmowania interesantów – skargi i wnioski, Regulaminu Organizacyjnego ŚCR, który w okresie kontrolowanym był obowiązujący.*

*(Dowód akta kontroli str. 115 -119 Procedura przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków Informacja sporządzona przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa )*

Kontrolujący potwierdzają, że w kolejno wprowadzanych Regulaminach Organizacyjnych w § 28 ust. 1 zapisano że *Dyrektor Centrum lub upoważnione przez niego osoby w imieniu pracodawcy przyjmują interesantów w sprawach skarg i wniosków w każdy poniedziałek w godzinach urzędowania natomiast w sprawach pilnych w pozostałych dniach tygodnia w siedzibie Centrum tj. Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze 43. Każdy z przyjmowanych Regulaminów Organizacyjnych obowiązujących w okresie objętym kontrolą regulował sposób postępowania ze skargami.*

Na podstawie informacji podpisanej przez Dyrektora Szpitala ustalono, że w okresie objętym kontrolą nie wpłynęły skargi i wnioski.

*(Dowód akta kontroli str.120 Informacja podpisana przez Dyrektora Szpitala.)*

## **2.8. Ankiety satysfakcji pacjenta, system zarządzania (posiadane certyfikaty akredytacyjne)**

Na podstawie przedłożonych dokumentów ustalono, że do września 2018 r. badanie satysfakcji pacjenta wynikało z posiadania przez jednostkę certyfikatu potwierdzającego zgodność systemu zarządzania w zakresie usług rehabilitacyjno – leczniczych z wymogami normy ISO 9001:2008;

Następnie istniejące procedury i instrukcje zostały zaktualizowane i zatwierdzone jako nadal obowiązujące (*patrz akta kontroli str.25-26*). Kontrolującym do wglądu przedstawiono przykładową *Kartę procesu G 4 pn. Całodobowa Opieka Pielęgniarska Oddział Rehabilitacji I*, gdzie w pkt 5 pn. *Pomiar procesu* zapisano, że *pomiaru dokonuje właściciel procesu 1 x na kwartał*. Zgodnie z dalszą treścią dokumentu badaniu podlega *zadowolenie pacjentów:*



*średnia ocena opieki pielęgniarskiej w „ankietach satysfakcji pacjentów” ma być: nie więcej niż 15 % opinii negatywnych i nie mniej niż 85 % opinii pozytywnych.*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że badanie satysfakcji pacjentów przeprowadzane było w formie anonimowych ankiet<sup>44</sup> wypełnianych przez pacjentów leczonych w Szpitalu we wszystkich komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, tj.: Oddziału Rehabilitacji I i II, Oddziału Rehabilitacji Diennej, Fizjoterapii Ambulatoryjnej. Pytania w ankietach satysfakcji pacjenta dotyczyły między innymi: a) procesu przyjęcia do szpitala; b) opieki pielęgniarskiej; c) opieki lekarskiej; d) rehabilitacji; e) działalności kuchni; f) czystości na oddziałach; g) ogólnej oceny szpitala.

Analiza ankiet satysfakcji pacjenta dokonywana była 1 raz na kwartał, a jej wynik stanowiło przedstawiane tabelarycznie, procentowo określone zadowolenie pacjentów w zakresach mierzonych w ww. ankietach. W 2018 r. wyniki prezentowane były jako część składowa dokumentu pn. *Pomiary skuteczności procesów głównych – zestawienie kwartalne*,<sup>45</sup> natomiast w 2019 r. jako dokument pn. *Analiza roczna satysfakcji pacjentów – zestawienie kwartalne*.<sup>46</sup> Opisanie analizy stanowiły bazę do sporządzenia rocznych analiz satysfakcji pacjenta.

Z przedłożonych rocznych analiz wynika, że w 2018 r. pacjenci wypełnili 337 ankiet, w których najwyżej oceniono *czystość w szpitalu; opiekę pielęgniarską, tj. zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa i zaufania, uprzejmość, życzliwość i okazywanie zrozumienia, szybkość reakcji na prośby i wezwania pacjenta oraz dostępność pielęgniarek w oddziale*. Pacjenci negatywnie ocenili jakość posiłków. Ogółem odnotowano 97,5% ocen pozytywnych i 2,5% ocen negatywnych. W 2019 r. liczba wypełnionych ankiet była porównywalna z rokiem poprzednim (340). Pacjenci najwyżej ocenili: *ogólne usługi świadczone w szpitalu; czystość w szpitalu oraz salach pacjentów; ćwiczenia prowadzone przez rehabilitanta, komunikatywność rehabilitantów; uprzejmość personelu szpitala, życzliwość i okazywanie zrozumienia oraz zainteresowanie pacjentem; opiekę lekarską, w szczególności udzielanie informacji dotyczącej stanu zdrowia oraz zainteresowanie pacjentem; opiekę pielęgniarską (...); samopoczucie pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu*

---

<sup>44</sup> Do wglądu przedstawiono przykładowe, losowo wybrane ankiety – 5 z 2018 r. i 3 z 2019 r.

<sup>45</sup> Za 2018 r. przedłożono do wglądu 4 zestawienia pn. *Pomiary skuteczności procesów głównych – zestawienia kwartalne*, na podstawie których ustalono, że zgodnie z procedurą odnotowano ogółem powyżej 85 % pozytywnych ocen i poniżej 15 % ocen negatywnych.

<sup>46</sup> Za 2019 r. przedłożono do wglądu 4 zestawienia pn. *Analiza roczna ankiet satysfakcji pacjentów – zestawienia kwartalne*, na podstawie których ustalono, że zgodnie z procedurą odnotowano ogółem powyżej 85 % pozytywnych ocen i poniżej 15 % ocen negatywnych

*(...) oraz przestrzeganie Praw Pacjenta; sekretarkę medyczną w Oddziale Rehabilitacji Diennej (...).*

Ponownie negatywnie oceniono wyżywienie w kontrolowanej jednostce oraz czas oczekiwania na przyjęcie w Izbie Przyjęć. Ogółem odnotowano 97,9% ocen pozytywnych i 2,1% ocen negatywnych. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost pozytywnych ocen o 0,4%.

*(Dowód akta kontroli str. 121-123 przykładowa Karta procesu G4 Całodobowa opieka pielęgniarstwa, analiza ankiet satysfakcji pacjentów za 2018 r. i 2019 r.)*

Na podstawie wykazu sporządzonego przez Dyrektora Szpitala oraz dokumentów źródłowych ustalono, że w okresie objętym kontrolą Szpital dysponował do 15 września 2018 r. Certyfikatem ISO 9001:2008 w zakresie usług rehabilitacyjno-leczniczych wydanym w dniu 27. 01. 2016 r. przez PCA Polskie Centrum Akredytacji z/s w Warszawie.

*(Dowód akta kontroli str.124-125 Zestawienie nr 11 podpisane przez Dyrektor Szpitala oraz Certyfikat ISO 9001:2008)*

Kontrolujący zwrócili się z prośbą o podanie przyczyny nieprzedłużenia Certyfikatu ISO 9001:2008.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oświadczyła, że *(...) po wygaśnięciu Certyfikatu ISO Norma 9001:2008 (15 września 2018 r.) podjęto działania w celu przygotowania szpitala do akredytacji. Po zmianie w tym czasie Kadry Zarządczej (Dyrektora i Głównej Księgowej) odstąpiono od wizyty akredytacyjnej z powodów ekonomicznych placówki.*

*(Dowód akta kontroli str. 126 Oświadczenie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

## **2.9. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy)**

Podmiot Leczniczy w art.17 ust.1 pkt 4) u.d.l. został zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.<sup>47</sup> Szczegółowy zakres ww. ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną do 1.06.2019 r. określało Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> art. 25 ust. 1 pkt 1) u.d.l.

<sup>48</sup> Rozporządzenie MF z dn. 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonywującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011 nr 293 poz. 1729) zmienione Rozporządzeniem MF z dn. 29.04.2019 r. (Dz. U. 2019 poz. 866)

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie wykazu podpisanego przez Dyrektora Szpitala oraz dokumentów źródłowych w tym: umów i polis ubezpieczeniowych odpowiedzialności cywilnej ustalono, że Podmiot Lecznicy podpisał:

1. umowę generalną nr 1/2017<sup>49</sup> z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych Spółka Akcyjna, Region Sprzedaży Korporacyjnej Wschód, Oddział Sprzedaży Korporacyjnej z/s w Kielcach przedmiotem, której było m.in. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
2. umowę generalną nr 7/2019<sup>50</sup> ubezpieczenia mienia oraz odpowiedzialności cywilnej z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska SA. z/s w Warszawie przedmiotem, której było m.in. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

#### **Ad. 1.**

Umowa generalna nr 1/2017 została zawarta w dniu 24.03.2017 r. na okres 12 miesięcy od dnia 01.04.2017 r. do 31.03.2018 r. z opcją jedнокrotnego automatycznego przedłużenia umowy o kolejne 12 miesięcy, o czym mowa w § 4 ust 1 ww. umowy<sup>51</sup>.

Ubezpieczyciel do ww. dokumentu wystawił polisy ubezpieczeniowe Nr 1018481049, obejmujące kolejno 12 miesięczne okresy rozliczeniowe tj. od 01.04.2017 r. do 31.03.2018 r. i od 01.04.2018 r. do 31.03.2019 r.

Suma gwarancyjna obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą to 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte w rocznym okresie rozliczeniowym. Na podstawie przedłożonych do kontroli polis ustalono, że składka roczna w okresie obowiązywania umowy wynosiła 36 451,00 zł, płatna w 4 ratach<sup>52</sup> w wysokości 9 112,75 zł, przypadających na odpowiednio: 28.05.2017 r., 28.07.2017 r., 28.11.2017 r., 27.02.2018 r. oraz 28.05.2018 r., 28.08.2018 r., 28.11.2018 r., 27.02.2019 r.

Na podstawie okazanych przelewów bankowych ustalono, że Podmiot Lecznicy nie dokonywał w 2018 r. w terminie płatności za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Poniżej przedstawiono zestawienie terminów rat polisy ubezpieczeniowej nr 1018481049 z datami dokonanych przelewów:

---

<sup>49</sup> Ubezpieczyciel wyłoniony w wyniku zapytania ofertowego, zgodnie z art. 4 ust 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (Dz.U.2015 r., poz. 2164 ze zm.).

<sup>50</sup> Ubezpieczyciel wyłoniony w wyniku zapytania ofertowego.

<sup>51</sup> Zgodnie z dalszą treścią §4 ust. 1.1. *Przedłużenie umowy nie jest zmianą umowy.*

<sup>52</sup> Przedstawiono wszystkie terminy płatności wskazane w Polisie celem pokazania ciągłości działań. Ocena terminowości wpłat dotyczyła okresu objętego kontrolą.

Ustalona data płatności raty polisy	Data dokonanego przelewu	Opóźnienie w dniach
<b>Polisa 1018481049</b>		
27.02.2018 r.	15.03.2018 r.	16
28.05.2018 r.	26.06.2018 r.	29
28.08.2018 r.	17.09.2018 r.	20
28.11.2018 r.	30.11.2018 r.	2
27.02.2019 r.	28.02.2019 r.	1

**Ad. 2.**

Umowa Generalna nr 7/2019 zawarta w dniu 29.03.2019 r.<sup>53</sup> podpisana z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska SA. z/s w Warszawie. Umowa została zawarta na 24 miesiące od 01.4.2019 r. do 31.03.2021 r. Zgodnie z § 21 ust. 1 ww. umowy suma gwarancyjna obowiązkowego ubezpieczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą to 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.<sup>54</sup> W tym zakresie składka za okres 12 miesięcy wynosiła 25 300 zł (za cały okres umowy – 50 600 zł). Ubezpieczyciel do ww. dokumentu w okresie objętym kontrolą wystawił wnioskopolisę ubezpieczeniową Nr 79414980, obejmującą 12 miesięczny okres rozliczeniowy tj. od 1.04.2019 r. do 31.03.2020 r.

Na podstawie przedłożonej do kontroli polisy ustalono, że łączna składka roczna ubezpieczenia obowiązkowego wyniosła 30 400 zł,<sup>55</sup> płatna w 4 ratach w wysokości 7 600 zł, odpowiednio: 31.05.2019 r.<sup>56</sup>, 31.08.2019 r., 30.11.2019 r., 28.02.2020 r.

Na podstawie okazanych przelewów bankowych ustalono, że Podmiot Leczniczy dokonał z 17 dniowym opóźnieniem przelewu I raty polisy, co przedstawia poniższe zestawienie.

Ustalona data płatności raty polisy	Data dokonanego przelewu	Opóźnienie w dniach
<b>Wnioskopolisa 7941980</b>		
31.05.2019 r.	17.06.2019 r.	17

<sup>53</sup> Podpisana w wyniku wystosowania zapytania ofertowego z dnia 22.03.2019 r.

<sup>54</sup> Warunki ubezpieczenia zgodne z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 r., nr 293, poz.1729)

<sup>55</sup> Składka za ubezpieczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą 25 300 zł, a za dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej- 5 100 zł.

<sup>56</sup> Zgodnie z § 4 ust. 2 umowy generalnej nr 7/2019 I rata płatna w terminie 60 dni od zawarcia polisy podpisanej w dniu 29.03.2019 r., tj. do dnia 31.05.2019 r.

W tej kwestii Dyrektor Szpitala złożył wyjaśnienie w brzmieniu: *Z uwagi na niewykonanie w terminie płatności polis informuję, że przyczyną zapłaty po terminie płatności była trudna sytuacja finansowa placówki przekładająca się na brak płynności finansowej.*

*Ponadto oświadczam, że od zapłaconych po terminie rat z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu prowadzącego działalność leczniczą (polis), szpital nie został obciążony odsetkami za nieterminowe płatności.*

*Ponownie wskazuję, że obejmując stanowisko kierownika jednostki zastałem taki stan rzeczy. Wartość zobowiązań wymagalnych szpitala na dzień 30.06.2019 r. wynosiła 236 545, 47 zł. Ponadto przychody szpitala nie pokrywają kosztów działalności tj. wg stanu na dzień 30.06.2019 r. przychody wynosiły 5 205 622,06 zł a koszty 5 960 113, 69 zł. W związku z powyższym podjęliśmy szereg działań naprawczych związanych z ograniczeniem kosztów działalności i jednocześnie poszukiwaniem dodatkowych przychodów. Podjęliśmy również działanie związane z poszukiwaniem zewnętrznego źródła finansowania z przeznaczeniem na spłatę zobowiązań wymagalnych w wyniku którego ŚCR uzyskało pożyczkę od Województwa Świętokrzyskiego. Na dzień 31.12.2019 r. Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji nie posiadało zobowiązań wymagalnych. Środki wpływające z OWŚ NFZ tytułem realizacji świadczeń medycznych nie są w stanie pokryć wydatków związanych z funkcjonowaniem Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji. Wynika to głównie z niedoszacowania procedur medycznych, które nie pokrywają kosztów ich realizacji. Cena za punkt rozliczeniowy w ŚCR nie wzrosła od 2018 r. a choćby koszty pracy rokrocznie wzrastają z uwagi na wzrost minimalnego wynagrodzenia zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu oraz z uwagi na wzrost wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne (ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach medycznych) i odmrożeniu w 2019 r. kwoty bazowej z 3 900,00 zł do 4 200,00 zł. Z podobnymi problemami zmagają się większość szpitali w Polsce. Wg informacji opublikowanej przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie sprawozdań Rb-Z wartość zobowiązań wymagalnych SPZOZ w Polsce na koniec 2019 r. to ponad 1 809 mld zł.*

*(Dowód akta kontroli str. 127 – 179 Informacja podpisana przez Dyrektora Szpitala, Zestawienie nr 12, Umowa nr 1/2017 z dn. 24.03.2017 polisa nr 1018481049, Umowa nr 7/2019, z dn. 29.03.2019 r., wnioskopolisa nr 79414980, przelewy do polis oraz Wyjaśnienie Dyrektora)*

Zdaniem kontrolujących samodzielne zakłady opieki zdrowotnej z racji przynależności do sektora finansów publicznych mają określone przepisami prawa obowiązki, w tym zasady

regulowania należności za zaciągnięte zobowiązania, dlatego też kontrolujący ponownie wskazują, że Podmiot Lecznicy postąpił wbrew zapisom art. 44 ust. 3 pkt. 3 u.f.p. Niemniej fakt nieregulowania z tego tytułu odsetek stanowi element, który pozwala uznać, że nie ma przesłanek do zastosowania art. 16 ust. 1 u.o.n.d.f.p.

## **2.10. Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny (umowy serwisowe, stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych)**

### **2.10.1. Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – umowy serwisowe**

Według informacji podpisanych przez Dyrektora Szpitala w 2018 r. Jednostka Kontrolowana posiadała 366 sztuk sprzętu i aparatury medycznej, zaś w 2019 r. ilość ta zwiększyła się o 25 sztuk i wynosiła 391.<sup>57</sup>

*(Dowód akta kontroli str.180 Informacja podpisana przez Dyrektora Szpitala)*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Lecznicy w okresie objętym kontrolą, obowiązywała Procedura Systemu Zarządzania Jakością pn. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów oraz planowego konserwowania i zabezpieczenia urządzeń i aparatury medycznej – ŚO 11, z dnia 25.01.2018 r. (zwana dalej Procedurą), określająca zasady postępowania związane z serwisowaniem oraz nadzorem nad wyposażeniem pomiarowym i sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu. Zgodnie z treścią procedury harmonogramy przeglądów urządzeń i aparatury medycznej<sup>58</sup> sporządza konserwator i przekazuje je do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

Stosownie do treści Procedury odpowiedzialnymi za wykonanie określonych w niej zadań są:

*a) osoby odpowiedzialne materialnie za sprzęt (Kierownicy Komórek), b) konserwator sprzętu medycznego – serwis zewnętrzny, przez którego aparatura jest serwisowana, konserwowana i naprawiana.*

---

<sup>57</sup> Dane dot. ilości posiadanej przez Szpital aparatury i sprzętu medycznego zostały podane w oparciu o rejestr ewidencji środków trwałych

<sup>58</sup> Dokument zawiera nazwę komórki organizacyjnej, wykaz posiadanego w niej sprzętu i aparatury medycznej, oznaczenie jego typu/modelu, nr fabryczny, datę przeglądu oraz wyznaczony termin planowanego, kolejnego przeglądu.

Dodatkowo Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oświadczyła, iż *Przeglądy techniczne w poszczególnych komórkach organizacyjnych odbywają się wg planowych Harmonogramów przeglądów. Harmonogramy te planuje się wg zasady 1x na kwartał np.:*

1. *Oddział Rehabilitacji I – styczeń, kwiecień, lipiec, październik,*
2. *Oddział Rehabilitacji II – luty, maj, sierpień, listopad,*
3. *Dział Rehabilitacji – marzec, czerwiec, wrzesień, grudzień (...).*

*(Dowód akta kontroli str.181 – 190 Oświadczenie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, Procedura nadzorowania i wyposażenia (...) z dn. 25.01.2018 r. oraz przykładowe Harmonogramy przeglądów sprzętu z Działu Rehabilitacji z grudnia 2018 r. i marca 2019 r.)*

Na potrzeby kontroli dokonano weryfikacji losowo wybranych Harmonogramów przeglądu w Dziale Rehabilitacji, potwierdzając, że aparatura i sprzęt medyczny znajdujący się na wyposażeniu ww. komórki miały systematycznie dokonywane przeglądy w wyznaczonym terminie i wskazanie daty kolejnych.

W zakresie realizacji obowiązków wynikających z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>59</sup> wrywkowej kontroli poddano losowo wybrane paszporty techniczne sprzętu i aparatury medycznej użytkowanej w Dziale Rehabilitacji, tj.: a) aparatu Magnetronic; b) Lasera BTL 5000; c) aparatu 4 kanałowego (kombajn).

Okazana dokumentacja zawierała informacje dotyczące: danych technicznych aparatu tj.: nazwy, typu, nr seryjnego, roku produkcji i rozpoczęcia eksploatacji w Jednostce Kontrolowanej, danych użytkownika i serwisanta oraz danych z dokonanych przeglądów i napraw z datą ich wykonania.

*(Dowód akta kontroli str. 191- 198 przykładowe wydruki paszportów)*

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Dyrektora Szpitala ustalono, że w Podmiocie Leczniczym w latach 2018-2019 obowiązywały 2 umowy serwisowe (z 2017 r. i z 2018 r.), tj.:

- a) z dnia 1.12.2017 r.<sup>60</sup> – gdzie ustalono miesięczny ryczałt w wysokości 2 952 zł brutto za wykonanie usług określonych w §1 ust. 1 i 2 umowy, tj. montaż i demontaż sprzętu i aparatury medycznej, przeglądy techniczne, naprawy bieżące i pogwarancyjne;
- b) z dnia 1.12.2018 r.<sup>61</sup> – gdzie ustalono miesięczny ryczałt w wysokości 3 075 zł brutto za wykonanie usług określonych w §1 ust. 1 i 2 umowy, tj. montaż i demontaż sprzętu i aparatury medycznej, przeglądy techniczne, naprawy bieżące i pogwarancyjne.

<sup>59</sup> Tj. posiadania przez Podmiot Leczniczy dokumentacji wykonanych napraw, działań serwisowych, dokumentacji określających terminy kolejnych serwisów – ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 107, poz. 679 ze zm.)

<sup>60</sup> Obowiązywała od 1.12.2017 r. do 30.11.2018 r.

W każdej z kontrolowanych umów widniał zapis,<sup>62</sup> że do powyższych kwot wykonawca może doliczyć koszty części zamiennych i materiałów oraz narzut do części zamiennych i materiałów użytych do napraw w okresie trwania umowy w wysokości do 5% od kosztów zakupu.

Biorąc pod uwagę zapisy poszczególnych umów, gdzie w § 6 ust. 6 ustalono, że *Wartość ryczałtu nie może ulec zmianie w czasie trwania umowy na usługi serwisowe sprzętu i aparatury medycznej* ustalono, że łączna wartość podpisanych umów wyniosła 75 399 zł.<sup>63</sup>

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższy wykres:

Lp.	Data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto w okresie jej trwania w zł (kwota ryczałtu x liczba miesięcy)
1.	01.12.2017 r.	VIMED Jacek Jakubczyk	<i>Obejmował m.in.:</i> <i>1. Montaż i demontaż sprzętu i aparatury medycznej,</i> <i>2. Przeglądy techniczne, konserwację, naprawy bieżące i pogwarancyjne sprzętu i aparatury medycznej, (...) wg wykazu stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.</i> <sup>64</sup>	35 424
2.	1.12.2018 r.	VIMED Jacek Jakubczyk	Jak wyżej.	39 975

Z przedłożonej informacji wiadomo, że *Zawarta umowa na usługi serwisowe sprzętu i aparatury medycznej nie zamyka Dyrektorowi ŚCR możliwości do skorzystania z usługi innej firmy w sprawie diagnostyki usterki i ewentualnej naprawy. W związku z tym Dyrektor podjął decyzję o zwrócenie się bezpośrednio do producenta urządzenia Lokomat (szwajcarskiej firmy Hacoma) o naprawę usterki.*

*(Dowód akta kontroli patrz str. 180 Zestawienie nr 13 podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

<sup>61</sup> Obowiązywała od 1.12.2018 r. do 30.11.2018 r. przedłużona aneksem Nr 1 z dnia 26.11. 2019 r. do 31.12.2019 r.

<sup>62</sup> Paragraf 6 ust. 1 i 2.

<sup>63</sup> Kwota ryczałtu brutto X ilość miesięcy objętych umową.

<sup>64</sup> Załącznik obejmuje wykaz sprzętu z Oddziałów Rehabilitacji I i II oraz Działu Rehabilitacji



Na podstawie Zestawienia obrotów i sald za 2018 r. i 2019 r. od konta 402-01-01 do 402-01-03 ustalono, że koszty konserwacji sprzętu medycznego, napraw sprzętu medycznego<sup>65</sup> oraz opłat serwisowych wyniosły łącznie: w 2018 r. – 63 297,72 zł (odpowiednio: 35 547 zł, 23 236,62 zł, 4 514,10 zł) zaś w 2019 r. – 123 197,06 zł (odpowiednio: 37 285,17 zł, 80 175,66 zł, 5 736,23 zł).

(Dowód: akta kontroli str. 199 – 207 Zestawienie analityczne kont 402-01-01 do 402-01-03 za 2018 r. i 2019 r.)

### **2.10.2. Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych**

Na wniosek kontrolujących przedłożono wykaz<sup>66</sup> pn. *Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej w latach 2018-2019* tj. aparatu BTL 5825 SL<sup>67</sup>, lasera BTL 5000, magnetroniku MF 10, obejmujący: nazwę urządzenia, ilość sztuk, ilość zabiegów wykonanych łącznie.

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższe zestawienie tabelaryczne sporządzone na podstawie ww. wykazu.

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa aparatury/sprzętu medycznego</b>	<b>Ilość posiadanej aparatury i sprzętu</b>	<b>Ilość zabiegów wykonanych łącznie</b>
<b>2018 rok</b>			
1.	Aparat BTL 5825	1	2423
2.	Laser BTL 5000	1	3574
3.	Magnetronik MF 10	1	1872
<b>2019 rok</b>			
1.	Aparat BTL 5825	1	2056
2.	Laser BTL 5000	1	3679
3.	Magnetronik MF 10	1	2224

Na podstawie powyższego zestawienia ustalono, że w 2019 r. liczba zabiegów na aparacie BTL 5825 zmalała o 367, natomiast wzrosła na urządzeniu Magnetronik MF 10 (o 352) oraz laser BTL 5000 (o 105).

(Dowód akta kontroli str. 208 Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)

<sup>65</sup> Z kosztami napraw urządzenia Lokomat

<sup>66</sup> Obejmujący 3 aparaty użytkowane w Zakładzie Rehabilitacji, na których w okresie objętym kontrolą wykonano najwięcej badań.

<sup>67</sup> Używany w elektroterapii i terapii ultradźwiękowej.

## **Ocena częściowa kontrolowanej działalności**

W wyniku dokonanych w toku kontroli ustaleń, pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym: realizacji kontraktów z NFZ, prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, działalności zespołu ds. oceny przyjęć, udzielania zamówień na świadczenie zdrowotne, trybu przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu), ankietyzacji satysfakcji pacjenta oraz systemu zarządzania, w tym posiadania certyfikatów/certyfikatu akredytacyjnych, obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stanu wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, stopnia wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

### ***Uzasadnienie oceny częściowej***

Pozytywna ocena dotyczy: posiadania procedur regulujących przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych; prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa; terminowego przekazywania do płatnika Świątokrzyskiego OW NFZ list oczekujących; prawidłowego ustalenia składu Zespołu Oceny Przyjęć i właściwego przeprowadzania przez Zespół oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem przewidzianym przepisami prawa w tym zakresie; posiadania procedury rozpatrywania skarg związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego, kompleksowej prezentacji w raporcie rocznym wyników ankiet badających stopień satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy; posiadania do 15 września 2018 r. certyfikatu potwierdzającego zgodność systemu zarządzania w zakresie usług rehabilitacyjno – leczniczych z wymogami normy ISO 9001:2008; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa; przestrzegania obowiązków i zasad postępowania z serwisowaniem i nadzorem nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu określonych przepisami prawa, a także w procedurze wewnętrznej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: czynności związanych z przeprowadzeniem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, tj.: nieupublicznienia szczegółowych warunków konkursu ofert na tablicy i stronie internetowej Szpitala;

zamieszczenia sprzecznych informacji w szczegółowych warunkach konkursu ofert i załączniku nr 1 Formularz ofertowy, o wymaganym przez udzielającego zamówienie dokumencie potwierdzającym spełnienie wymogów stawianych oferentowi; niezamieszczenia informacji o rozstrzygnięciu konkursu ofert w dacie rzeczywistego wyboru oferenta; zamieszczenia informacji o rozstrzygnięciu konkursu w dwóch różnych datach (27.05.2019 r. – tablica ogłoszeń Szpitala, 29.05.2019 r. – strona internetowa Szpitala); podania informacji o rozstrzygnięciu konkursu z pominięciem pełnego oznaczenia świadczeniodawcy, tj. bez wskazania pełnej nazwy podmiotu i siedziby; zredagowania treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu w sposób nieprzedstawiający jednoznacznie, w ramach którego zadania świadczeniodawca został wybrany w toku postępowania konkursowego; nieegzekwowania terminowego dostarczania rachunków za wykonane świadczenia; nieterminowego regulowania zobowiązań Szpitala wobec świadczeniodawcy; nieterminowego opłacania rat polis za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

***Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości***

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialni są:

1. Pan Jerzy Chojnacki do dnia 25.08.2019 r. Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze;
2. Pan Mariusz Gil pełniący obowiązki Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze w okresie od 1.07.2019 r. do 30.09.2019 r. i powołany z dniem 1.10.2019 r. na stanowisko Dyrektora Szpitala.

**3. Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji zaleceń i wniosków zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.11.1.2018**

***Opis stanu faktycznego***

W Wystąpieniu Pokontrolnym sporządzonym po przeprowadzeniu w Podmiocie Leczniczym kontroli w zakresie „Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w 2017 r.”, a następnie przyjętym przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego w dniu 18.07.2018 r. sformułowano 5 wniosków pokontrolnych.

W wyznaczonym terminie Dyrektor Szpitala w piśmie otrzymanym w dniu 14.08.2018 r. znak:L.dz.2079/2018 poinformował o sposobie wykonania zaleceń i wniosków pokontrolnych w następujący sposób: *W związku z otrzymanym wystąpieniem pokontrolnym (...) Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze informuje, że będzie stosować się do ustaleń kontroli i realizować wnioski pokontrolne w następujący sposób:*

- 1. Dokonywać zmian wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenia pokontrolne w cytowanym powyżej brzmieniu. Celem sprawdzenia, czy Podmiot Kontrolowany wdrożył w życie ww. zalecenie ustalono, iż Szpital składał do Krajowego Rejestru Sądowego<sup>68</sup> (zwany dalej KRS) *Wniosek o zmianę danych podmiotu (...)* w okresie objętym bieżącą kontrolą.

Na potrzeby kontroli przedstawiono wniosek złożony w dniu 9.10.2019 r. o dokonanie zmian w zakresie wykreślenia Dyrektora Pana Jerzego Chojnackiego z jednoczesnym wpisem do KRS Dyrektora Pana Mariusza Gila (data dokonania wpisu 31.10.2019 r. określona w poz. 6 wyciągu z KRS, sygnatura akt KI.X NS-REJ.KRS/10658/19/454).

W oparciu o ustalony stan faktyczny m.in. wskazane we wniosku załączniki w postaci Uchwał Zarządu Województwa Świętokrzyskiego<sup>69</sup> będących podstawą dokonania zmian,

---

<sup>68</sup> Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U. 2019 poz. 1500 t.j. ze zm.).

<sup>69</sup> Uchwała Nr 694/19 z dnia 12 czerwca 2019 r. w sprawie rozwiązania stosunku pracy z Jerzym Chojnackim Dyrektorem Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze; Uchwała Nr 853/19 z 17 lipca 2019 r. w sprawie skrócenia okresu wypowiedzenia Panu Jerzemu Chojnackiemu- Dyrektorowi Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze oraz Uchwała Nr 1104/19 z dnia 25.09.2019 r. w sprawie powołania Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

kontrolujący ustalili, iż Podmiot nie dokonuje wpisów do KRS w terminie określonym w art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, co oznacza że nie stosuje się do zalecenia sformułowanego w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018. r.

*(Dowód akta kontroli str. 209 – 218 Wniosek do KRS, wyciąg z wydruku KRS )*

*2. W przeprowadzonych postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie:*

- a) do opisu przedmiotu zamówienia stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień,*
- b) porównywać oferty w oparciu o kryteria wskazane w art.148 ust.1 u.ś.o.z, każde kryterium będzie opisywane w sposób jednoznaczny i wyczerpujący wraz z podaniem oceny ofert,*
- c) upubliczniać dokumenty opisujące spełnianie warunków udziału w postępowaniu o udzielenie świadczenia w tym w szczególności kryteria oceny ofert.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenia pokontrolne w cytowanym powyżej brzmieniu.

W toku czynności kontrolnych szczegółowej analizie poddano postępowanie konkursowe prowadzone w 2019 r. na udzielanie świadczeń lekarskich w ramach: zadania nr 1: *Udzielania całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Oddziałów Rehabilitacji I, II i w Oddziale Rehabilitacji Diennej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, przez lekarza: specjalistę w dziedzinie rehabilitacji, chirurgii ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, reumatologii, chorób wewnętrznych* oraz zadania nr 2: *Pełnienie dyżurów kontraktowych w Oddziałach Rehabilitacji I i II w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze przez lekarza: prowadzącego indywidualną praktykę lekarską,* w wyniku której ustalono, że:

- a) do opisu przedmiotu zamówienia zastosowano nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. UE L 340 z 16.12.2002 , str. 1 i n. z póź.zm);
- b) przy ocenie ofert stosowano kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny wypełniając zarazem zapisy art.148 ust. 1 u.ś.o.z., podano łączną ocenę oferty;

- c) nie upubliczniono dokumentów opisujących spełnianie warunków udziału w postępowaniu o udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności kryteriów oceny ofert, czyli Szpital częściowo wypełnił zalecenia w tym zakresie.

*3. Skutecznie egzekwować, od przyjmującego zamówienie na udzielenie świadczeń zdrowotnych, dowody księgowe w terminie określonym w zawartych umowach.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenia pokontrolne w cytowanym powyżej brzmieniu. W toku czynności kontrolnych ustalono,<sup>70</sup> że Podmiot nie wykonuje zaleceń pokontrolnych w tym zakresie stojąc na stanowisku, iż odpowiedzialność za terminowe składanie dokumentów księgowych leży wyłącznie po stronie przyjmującego zamówienie (patrz akta kontroli str. 106). Stanowisko w tym zakresie kontrolujący przedstawili na str. 27 niniejszego Projektu Wystąpienia Pokontrolnego.

*4. Przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenia pokontrolne w cytowanym powyżej brzmieniu. W toku czynności kontrolnych polegających na ocenie terminowości regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zapisów umowy z dnia 31.05.2019 r. podpisanej w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego ustalono, że Podmiot Leczniczy nie stosuje się do zalecenia pokontrolnego (brak usankcjonowania zmian terminów płatności zobowiązań aneksem).

*5. Opłacać w terminie wysokość należnej składki ubezpieczeniowej lub kolejnej raty określonej w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenia pokontrolne w cytowanym powyżej brzmieniu. W toku czynności kontrolnych ustalono, że w okresie objętym kontrolą terminowo opłacono

---

<sup>70</sup> Na podstawie rachunków wystawianych do umowy z dnia 31.05.2019 r. składanych przez lekarza wybranego w wyniku kontrolowanego postępowania konkursowego.

2 raty z tytułu zawartych polis, co oznacza że Szpital nie realizuje zalecenia pokontrolnego w całości.

*(Dowód akta kontroli str. 219-220 Pismo Dyrektora Szpitala znak L.dz. 2079/2018 dostarczone do UM w dniu 14.08.2019 r.)*

### **Ocena częściowa kontrolowanej działalności:**

W wyniku dokonanych w trakcie kontroli ustaleń pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie realizacji zaleceń pokontrolnych sformułowanych w Wystąpieniu Pokontrolnym znak: DOZ.III.1711.11.1.2018 z dnia 18.07.2018 r.

### ***Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości***

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

1. Pan Jerzy Chojnacki do dnia 28.05.2019 r. Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.
2. Pan Mariusz Gil pełniący obowiązki Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze w okresie od 1.07.2019 r. do 30.09.2019 r. i powołany z dniem 1.10.2019 r. na stanowisko Dyrektora Szpitala.

### **Zalecenia i wnioski**

Przedstawiając powyższe oceny częściowe wynikające z ustaleń kontroli wnosi się o wykonanie zaleceń i wykorzystanie następujących wniosków:

1. Zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa przeprowadzać konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, w szczególności poprzez:
  - a) upublicznianie szczegółowych warunków konkursu ofert na tablicy i stronie internetowej Szpitala,
  - b) zamieszczanie jednolitych informacji w dokumentach tworzonych na potrzeby przeprowadzanych konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym: w szczegółowych warunkach konkursu ofert i formularzu ofertowym,
  - c) zamieszczanie informacji o rozstrzygnięciu konkursu na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w tej samej dacie, zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie,
  - d) podawanie do publicznej wiadomości pełnych informacji o rozstrzygnięciu konkursu, w szczególności poprzez prawidłowe oznaczenie wybranego świadczeniodawcy

oraz formułowanie treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu w sposób jednoznacznie określający, w ramach którego zadania dokonano jego wyboru.

2. Egzekwować terminowe dostarczanie rachunków za wykonane świadczenia.
3. Terminowo regulować zobowiązania Szpitala wobec świadczeniodawcy.
4. Opłacać w wyznaczonych terminach raty polisy odpowiedzialności cywilnej.
5. Realizować zalecenia pokontrolne wynikające z ustaleń kontroli.



***Pouczenie***

**Pozostałe informacje i pouczenia**

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

Stosownie do § 26 ww. rozporządzenia proszę o poinformowanie podmiot uprawniony do kontroli o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczyn ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego Wystąpienia pokontrolnego.

-----  
/podmiot uprawniony do kontroli/

Kielce, dnia 30.09. 2020 r.