

Kraków, 30 stycznia 2018 r.

BZ-04.8023.6.3.2017

Wystąpienie pokontrolne

- I. **Oznaczenie jednostki kontrolowanej:** Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, os. Na Skarpie 66.
- II. **Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych:** od 3 lipca 2017 r. do 29 września 2017 r.
- III. **Zakres kontroli:**

Kontrolę przeprowadzono na podstawie udzielonych przez podmiot uprawniony do kontroli tj. Dyrektora Biura ds. Ochrony Zdrowia UMK – Pana Michała Marszałka, imiennych Upoważnień: Nr 5/2017, Nr 6/2017 i Nr 7/2017 z dnia 30 czerwca 2017 r., w składzie:

 - 1) Monika Dąbrowska-Hain – Inspektor w Referacie Nadzoru nad SPZOZ-ami,
 - 2) Grażyna Jędrzejewska – Inspektor w Referacie Nadzoru nad SPZOZ-ami,
 - 3) Tomasz Wyczarski – Główny specjalista w Referacie Nadzoru nad SPZOZ-ami.

W ramach czynności kontrolnych ocenie zostały poddane następujące zagadnienia:

- 1) Realizacja wybranych inwestycji współfinansowanych z budżetu Miasta Krakowa w 2016 r.;
- 2) Organizacja archiwum zakładowego;
- 3) Realizacja obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o *wyrobach medycznych* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.) w zakresie wykonywania okresowych przeglądów aparatury medycznej i posiadania aktualnych paszportów technicznych;
- 4) Analiza wyniku finansowego osiągniętego za 2016 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych I;
- 5) Gospodarowanie w latach 2014-2017 zasobami mieszkaniowymi Gminy Miejskiej Kraków, pozostającymi w użytkowaniu Szpitala.

IV. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta, w ww. zakresie:

Ad. 1. Realizacja zadań inwestycyjnych w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie, współfinansowanych z budżetu Miasta Krakowa w okresie od 1 stycznia 2016 r. do dnia rozpoczęcia czynności kontrolnych.

Przedmiotem kontroli była realizacja zadania inwestycyjnego nr BZ/Z1.5z/16/01 Pn. Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie. Zakres rzeczowy zadania obejmował: dofinansowanie zakupu urządzenia do 24-godzinnego monitorowania czynności życiowych pacjentów dla potrzeb Oddziału Neurologicznego, aparatu do kardiochirurgii, video – rektoskopu i stołu z elektryczną regulacją wysokości, wyposażenia medycznego na potrzeby Bloku Operacyjnego w zakresie narzędzi do operacji urazowo – ortopedycznych oraz zestawów komputerowych z oprogramowaniem i oprzyrządowaniem.

Przedmiotowe zadanie, zostało wprowadzone do budżetu miasta Krakowa i planu finansowego Urzędu Miasta Krakowa na podstawie Uchwały Nr LXI/1343/16 Rady Miasta Krakowa z dnia 21 grudnia 2016 r.

w sprawie udzielenia dotacji dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, Zarządzeniem Nr 3510/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie zmian w budżecie Miasta Krakowa na rok 2016 (dot. przeniesienia środków z rezerwy ogólnej do działu 851 oraz zmian w planie wydatków w dziale 900), Zarządzeniem Nr 3511/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie zmian w planie finansowym Urzędu Miasta Krakowa na 2016 rok oraz w zestawieniu planów finansowych jednostek budżetowych Gminy Miejskiej Kraków na rok 2016 (dot. działów: 758, 851 i 900). Umowa w sprawie udzielenia dotacji Nr W/II/4835/BZ/13/2017 została zawarta w dniu 22 grudnia 2016 r. na kwotę 464 250 zł z terminem realizacji do dnia 28 grudnia 2016 r. Szpital przedstawił faktury na kwotę 465 931,49 zł, kwota udzielonej dotacji wyniosła 463 135,91 zł, środki własne Szpitala: 5 591,18 zł. Szpital w dniu 11 stycznia 2017 roku przekazał kopie przelewów potwierdzających zapłatę za faktury wystawione przez kontrahentów w ramach ww. Umowy (znak pisma: KSG-I-4/2017). Nieprawidłowości nie stwierdzono. Pismem w dniu 31 marca (znak: KSG-I-84/2017) Szpital przekazał ostateczne rozliczenie przyznanych środków publicznych w ramach ww. Umowy – nie stwierdzono nieprawidłowości.

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono dokumentację dotyczącą przeprowadzonej przez Szpital procedury wyboru Dostawców. Planowany do zakupu sprzęt został podzielony na grupy, każda o szacunkowej wartości do równowartości w złotych 30 tys. Euro:

- Urządzenie do 24 godzinnego monitorowania czynności życiowych dla potrzeb Oddziału Neurologicznego oraz aparatura medyczna dla potrzeb pracowni proktologicznej (aparat do kardiochirurgii, video – rektoskop i stół z elektryczną regulacją wysokości),
- Sprzęt komputerowy – 95 stacji roboczych i 37 monitorów oraz dysk do serwera plików sieciowych,
- Oprogramowanie na licencji na moduł banku krwi i Pracowni
- Narzędzia operacyjne dla potrzeb Bloku Operacyjnego.

W ramach rozpytania rynku zostały wybrane oferty firm:

- Aesculap Chifa Sp. z o. o., ul. Tysiąclecia 14, 64-300 Nowy Tomyśl, na zakup narzędzi operacyjnych, wartość 123 021,93 zł, zapytanie ofertowe z dnia 21 grudnia 2016 roku, (wpłynęła jeszcze jedna oferta z formy Wolfmed sp. z o. o. na kwotę 139 122,10 zł). Umowa nr 12/DT/2016 z dnia 23 grudnia br.,
- Famed Żywiec sp. z o. o., ul. Fabryczna 1, 34-300 Żywiec, na zakup stołu operacyjno-zabiegowego i przystawki proktologicznej, wartość 13 161,36 zł, zapytanie ofertowe z dnia 20 grudnia 2016 r., Umowa Nr 13/DT/2016 z dnia 23 grudnia 2016 r. (jedyna złożona oferta),
- Metrum Cryoflex sp. z o.o. sp. k., ul. Zielna 29, 05-082 Bliżne Łaszczyńskiego, na zakup aparatu do kriochirurgii, zapytanie ofertowe z dnia 5 grudnia 2016 r. (oferty złożyły również firmy Mirosław Bingoraj wartość 22 990 zł oraz Refinish Goods Leszek Skorupka na kwotę 28 200 zł Umowa nr 9/DT/2016 wartość: 22 160 zł,
- BOB Technika światłowodowa, ul. Kolejowa 14, 05-092 Łomianki, na zakup aparatury i sprzętu do pracowni proktologicznej, zapytanie ofertowe z dnia 9 grudnia 2016 r. otrzymano jeszcze 2 oferty: z Centrum Mikroskopii o wartości 29 580 zł oraz Metrum Cryoflex sp. z o.o. sp. k., o wartości 30 303,60 zł). Umowa nr 11/DT/2016 z dnia 23 grudnia 2016 r. wartość 28 062 zł,
- Walmed sp. z o.o., ul. Ptaków Leśnych 73, 05-500 Jastrzębie, na zakup urządzenia do 24-godzinnego monitorowania czynności życiowych pacjentów dla potrzeb Oddziału Neurologicznego, zapytanie ofertowe z dnia 9 grudnia 2016 r. otrzymano jeszcze 2 oferty: firma Margot Medical sp. z o.o. o wartości 45 000 zł oraz SiCura sp. z o. o. o wartości 43 200 zł. Umowa nr 10/DT/2016 r. z dnia 23 grudnia 2016 r. wartość: 38 283,84 zł,
- ITPunkt sp. z o.o., ul. Szyb Walenty 26 a, 44-700 Ruda Śląska, na zakup licencji i dysku i czytników kodów wartość 110 220,30 zł – zamówienie z wolnej ręki na podstawie faktury z dnia 23 grudnia 2016 r. (jedyna złożona kompletna oferta),

- ProTECH Wiktor Maczuga, ul. Rejtana 13, 38-200 Jasło, na sprzęt komputerowy, wartość 107 855,01 zł – zamówienie na podstawie faktura-dostawa z dnia 23 grudnia 2016 r. (jedyna złożona kompletna oferta).

Zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych oraz Krajowej Izby Odwoławczej Zamawiający powinien wziąć pod uwagę istotę danego zamówienia a , jako jedno zamówienie powinien potraktować, zamówienia które:

- posiadają podobne przeznaczenie tj. gdy usługi mają zasadniczo te same lub podobne funkcje techniczne lub służą podobnemu celowi (tożsamość przedmiotowa i funkcjonalna),
- mogą być wykonane w tym samym czasie (tożsamość czasowa)
- mogą być wykonane przez tego samego Wykonawcę (tożsamość podmiotowa) – tu należy odpowiedzieć na pytanie, czy powszechną sytuacją na rynku, aby jeden wykonawca zrealizował wszystkie dostawy w ramach danego zamówienia.

Ustalenie tożsamości zamówienia, powinno być poprzedzone analizą danego przypadku z uwzględnieniem okoliczności towarzyszących udzieleniu zamówienia, jak również specyfiki danej branży w ramach której udzielane jest zamówienie.

W przedmiotowym przypadku nie zachodzą łącznie wymienione wyżej przesłanki, Szpital był uprawniony do realizacji zamówienia w drodze zapytań ofertowych.

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ad. 2. Organizacja archiwum zakładowego w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), dokumentację medyczną przechowuje podmiot, który ją sporządził. Dokumentacja medyczna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

Podmiot leczniczy obowiązany jest przechowywać dokumentację medyczną zapewniając odpowiednie warunki zabezpieczenia jej przed niszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Dokumentacja ma być przechowywana w sposób umożliwiający szybki do niej dostęp, gdy będzie konieczne jej wykorzystanie.

Zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 roku, poz. 159 z późn. zm.) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu. Od tej ustawowej zasady przewidziane są wyjątki. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon. Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je wykonano. Skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia medycznego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Inny termin dotyczy także przechowywania dokumentacji medycznej dzieci do ukończenia 2 lat. Jest ona przechowywana przez okres 22 lat, czyli do 24 roku życia małego pacjenta.

Dokumentacja medyczna jest niszczona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych po upływie wskazanych wyżej okresów. Zniszczenie, zgodnie z ustawą, ma nastąpić w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. Taka dokumentacja może być przed zniszczeniem wydana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji na ich wniosek. Należy pokwitować odbiór.

W trakcie czynności kontrolnych dokonano wizji pomieszczeń, w których składowane są akta w budynku Archiwum Szpitala. Wytwarzana przez Szpital dokumentacja została podzielona tematycznie (wg

Oddziałów), osobno dokumentacja dot. zamówień publicznych i jest przechowywana w pomieszczeniach na dwóch poziomach (parter i piwnica). Dokumentacja jest przekazywana do archiwum na bieżąco z poszczególnych oddziałów Szpitala, natomiast ta, której czas przechowywania minął, jest niszczone po uzyskaniu stosownej zgody z Archiwum Państwowego.

Dokumentacja pracownicza przechowywana jest w jednym pomieszczeniu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dokumentację osobową pracownika należy przechowywać przez cały okres zatrudnienia oraz przez 50 lat licząc od dnia zakończenia pracy u danego pracodawcy, a dokumentację płacową 50 lat licząc od dnia jej wytworzenia (podstawa prawna: Kodeks Pracy, t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika, (t.j.: Dz. U. z 2017 r. poz. 894), art. 125a ust. 4 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1383), art. 51u ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1506 z późn. zm.). W pomieszczeniu tym przechowywana jest również dokumentacja dot. zamówień publicznych – przechowywana zgodnie z przepisami przez okres 5 lat, za wyjątkiem umów zawartych w wyniku postępowania w trybie zamówień publicznych, których okres przechowywania wynosi 10 lat (podstawa prawna: Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, Dz. U. z 2011 r., Nr 14, poz. 67 z późn. zm.).

Sposób przechowywania dokumentacji nie spełnia wymogów określonych w Instrukcji archiwalnej, stanowiącej Załącznik nr 6 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. W szczególności pomieszczenie, w którym przechowywane są akta, nie jest wyposażone w drzwi z minimum dwoma zamkami, w tym jednym o skomplikowanym systemie otwierania, plombowane po zakończeniu pracy. Pomieszczenia na parterze posiadają zabezpieczenie przeciwpożarowe w postaci czujek dymu i zraszaczy.

Zgodnie z informacją przekazaną w trakcie wizji, w pomieszczeniach, w których składowane są akta nie było incydentów zaprószenia ognia, zalania itp.

Jednakże, zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1506 z późn. zm.) w jednostkach niewytwarzających dokumentacji archiwalnej powstała w nich i powstająca dokumentację, niemającą już zastosowania w ich działalności, gromadzi się w składnicach akt. Kierownik takiej jednostki obowiązany jest:

- zapewnić ochronę przed zniszczeniem lub utratą dokumentacji gromadzonej w składnicach akt;
- umożliwić właściwemu archiwum państwowemu nadzór nad brakowaniem dokumentacji niearchiwalnej;
- zapewnić prowadzenie ewidencji dokumentacji przechowywanej w składnicach akt.

Dokumentacja przechowywana w składnicach akt służy potrzebom jednostek, w których składnice te zostały utworzone. W wyjątkowych wypadkach jest ona udostępniana osobom trzecim za zezwoleniem kierownika jednostki organizacyjnej, w której istnieje składnica akt. Dokumentacja medyczna nie stanowi dokumentacji archiwalnej (stanowi niearchiwalną kategorię B) w związku z powyższym może być gromadzona w pomieszczeniu, które stanowi składnicę akt. Pomieszczenia, w których przechowywane są dokumenty spełniają wymogi określone dla składnicy akt.

Ad. 3. Realizacja obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.) w zakresie wykonywania okresowych przeglądów aparatury medycznej i posiadania aktualnych paszportów technicznych.

W trakcie czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację niżej wymienionych oddziałów wraz z pracownikiem Działu Technicznego Szpitala:

- Oddział Chorób Wewnętrznych III,

- Pracownia Radiologiczna,
- Oddział Pediatriczny,
- Oddział Okulistyczny z Pododdziałem,
- Centralna Sterylizatornia,
- Oddział Urologiczny.

W trakcie wizyty w poszczególnych jednostkach osoba odpowiedzialna za przechowywanie paszportów (Pielęgniarka Oddziałowa, a w przypadku Centralnej Sterylizatorni Kierownik) udostępniła paszporty techniczne sprzętu na Oddziale i w Centralnej Sterylizatorni. W przypadku Pracowni Radiologicznej, Oddziału Pediatricznego oraz Centralnej Sterylizatorni wszystkie sprzęty i aparatura posiadały aktualne paszporty medyczne. Na pozostałych Oddziałach stwierdzono, że nie każdy sprzęt posiada aktualny paszport techniczny. Z przedmiotowej wizytacji na Oddziale oraz rozmowy z pracownikiem Działu Technicznego wynika, że Szpital nie posiada aktualnych paszportów technicznych dla każdego sprzętu medycznego, który jest użytkowany na Oddziałach.

Z uwagi na powyższe, w dniu 13 kwietnia br., Szpital ogłosił przetarg na usługi w zakresie wykonywania konserwacji i okresowych przeglądów sprzętu i aparatury medycznej. W części przetarg został unieważniony, w pozostałym zakresie Szpital zawarł 5 umów na wykonanie przeglądów wyrobów medycznych. Okres realizacji przeglądów wynosi 24 miesiące od dnia podpisania umowy (na dzień dzisiejszy, terminy realizacji umów to 22 maja 2019 – 1 czerwca 2019 r.). W dniu 24 lipca br., Szpital ogłosił postępowanie przetargowe na Usługi w zakresie wykonywania konserwacji i okresowych przeglądów sprzętu i aparatury medycznej. Zawarto 20 umów na wykonanie przeglądów wyrobów medycznych.

Zgodnie z zapisami art. 90 ust. 6-8 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.), Szpital jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowania, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobów medycznych, które wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobów, jak również posiadać dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowania, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobów medycznych. Przedmiotową dokumentację należy przechowywać przez okres nie krótszy niż 5 lat od dnia zaprzestania używania wyrobów do udzielania świadczeń zdrowotnych. Wyrób medyczny to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego używania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczęć

- który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami (art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy o wyrobach medycznych).

Na gruncie art. 17. ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.), podmiot leczniczy jest obowiązany używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918 oraz z 2016 r. poz. 542 i 1228). Nieposiadanie przez Szpital wymaganej dokumentacji, stanowi naruszenie ww. obowiązku. W ww. ustawach brak jest

przepisów określających sankcje w przypadku zaistnienia takiej sytuacji. Jednakże, w przypadku incydentu medycznego, na gruncie art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy o wyrobach medycznych, rozumianego jako:

- a) wadliwe działanie, defekt, pogorszenie właściwości lub działania wyrobu, jak również nieprawidłowość w jego oznakowaniu lub instrukcji używania, które mogą lub mogły doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika wyrobu, a w przypadku wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro lub wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro - pośrednio także innej osoby, lub
- b) techniczną lub medyczną przyczynę związaną z właściwościami lub działaniem wyrobu, która może lub mogła doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika, a w przypadku wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro lub wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro - pośrednio także innej osoby, i prowadzącą z tego powodu do podjęcia przez wytwórcę zewnętrznych działań korygujących dotyczących bezpieczeństwa;

każdy, kto powziął informację o incydencie medycznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej może zgłosić informację w tym zakresie Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, a Świadczeniodawca, który podczas udzielania świadczeń zdrowotnych stwierdził incydent medyczny, jest obowiązany zgłosić go niezwłocznie wytwórcy lub autoryzowanemu przedstawicielowi, a kopię zgłoszenia przesłać Prezesowi Urzędu.

Ad. 4. Analiza wyniku finansowego osiągniętego za 2016 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych I;

1. Analiza wyniku finansowego osiągniętego za 2016 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych I

1.1. Czy Szpital sporządził szczegółowy plan finansowy Oddziału Chorób Wewnętrznych I na 2016 r.?

Szpital nie sporządził bardziej szczegółowego planu finansowego Oddziału Chorób Wewnętrznych niż w Planie finansowym Szpitala na 2016 r. W planie tym Szpital zaplanował ogólną kwotę przychodów i kosztów Oddziału na 2016 r. Nie dokonał w nim uszczegółowienia tych wartości np. na: koszty bezpośrednie, koszty zadań, koszty pośrednie, sprzedaż NFZ i inne świadczenia. Szpital widząc potrzebę szczegółowego opracowania planu przychodów i kosztów Oddziału sporządził go na 2017 r.

Terminy przyjęcia i zmian Planu finansowego Szpitala na 2016 r.:

- 1) 10.11.2015 r. został sporządzony Plan finansowy Szpitala na 2016 r.
- 2) 05.02.2016 r. Plan finansowy Szpitala został uzupełniony o plan należności i zobowiązań oraz plan pozostałych przychodów operacyjnych i dotacji bieżącej.

1.2. Jaka była wysokość umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w 2016 r.?

Umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w 2016 r.:

- 1) Aneks nr 1/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarty 16.12.2015 r.

Okres rozliczeniowy 01.01.-30.06.2016 r.

Choroby wewnętrzne – hospitalizacja

Liczba jednostek rozliczeniowych: 51 664, cena: 52,00 zł/jednostkę rozliczeniową, wartość umowy: 2 686 528,00 zł.

- 2) Aneks nr 2/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarty 19.01.2016 r.

Okres rozliczeniowy 01.01.-30.06.2016 r.

Choroby wewnętrzne – hospitalizacja

Liczba jednostek rozliczeniowych: 41 489, cena: 52,00 zł/jednostkę rozliczeniową, wartość umowy: 2 157 428,00 zł.

DT
M DM

3) Aneks nr 9/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarty 15.06.2016 r.

Okres rozliczeniowy 01.01.-31.12.2016 r.

Choroby wewnętrzne – hospitalizacja

Liczba jednostek rozliczeniowych: 82 978, cena: 52,00 zł/jednostkę rozliczeniową, wartość umowy: 4 314 856,00 zł.

4) Aneks nr 14/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarty 30.09.2016 r.

Okres rozliczeniowy 01.01.-31.12.2016 r.

Choroby wewnętrzne – hospitalizacja

Liczba jednostek rozliczeniowych: 79 728, cena: 52,00 zł/jednostkę rozliczeniową, wartość umowy: 4 145 856,00 zł.

5) Aneks nr 19/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarty 29.12.2016 r.

Okres rozliczeniowy 01.01.-31.12.2016 r.

Choroby wewnętrzne – hospitalizacja

Liczba jednostek rozliczeniowych: 75 078, cena: 52,00 zł/jednostkę rozliczeniową, wartość umowy: 3 904 056,00 zł.

1.3. Jaka była realizacja Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych I?

Realizację Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych I przedstawia Tabela 1.

Wynika z niej, że Szpital w Planie przeszacował przychody i niedoszacował kosztów działalności Oddziału.

Szpital przedstawił 31.03.2017 w sprawozdaniu z realizacji Planu finansowego Szpitala za 2016 r. w załączniku nr 2 błędne wartości planowanych przychodów i kosztów Szpitala na Oddziale Chorób Wewnętrznych I (przesłanym pismem KSG-I-82/2017).

Tabela 1. Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych I (w zł)

Tabela 1. Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorob Wewnętrznych (w zł)												
2016	Przychody				Koszty				Wynik finansowy			
	Plan	Wykonanie	różnica	różnica/plan	Plan	Wykonanie	różnica	różnica/plan	Plan	Wykonanie	różnica	różnica/plan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			4=2-3	5=4/2	6	7	8=6-7	9=8/6	10	11	12=10-11	13=12/10
styczeń	371 879	367 602	4 278	1%	359 850	385 153	-25 303	-7%	12 029	-17 552	29 581	246%
luty	371 879	370 851	1 029	0%	359 850	341 138	18 712	5%	12 029	29 712	-17 683	-147%
marzec	371 879	369 336	2 543	1%	359 850	425 173	-65 323	-18%	12 029	-55 837	67 866	564%
kwiecień	371 879	369 576	2 303	1%	359 850	391 923	-32 073	-9%	12 029	-22 347	34 377	286%
maj	371 879	369 489	2 390	1%	359 850	413 326	-53 476	-15%	12 029	-43 837	55 866	464%
czerwiec	371 879	346 839	25 041	7%	359 850	376 097	-16 247	-5%	12 029	-29 259	41 288	343%
lipiec	371 879	287 324	84 555	23%	359 850	376 857	-17 006	-5%	12 029	-89 533	101 562	844%
sierpień	371 879	299 797	72 082	19%	359 850	352 837	7 013	2%	12 029	-53 040	65 069	541%
wrzesień	371 879	284 592	87 287	23%	359 850	358 434	1 416	0%	12 029	-73 841	85 871	714%
październik	371 879	294 842	77 038	21%	359 850	360 367	-517	0%	12 029	-65 525	77 554	645%
listopad	371 879	319 345	52 534	14%	359 850	368 304	-8 454	-2%	12 029	-48 959	60 988	507%
grudzień	371 879	319 810	52 070	14%	359 850	626 955	-267 105	-74%	12 029	-307 145	319 174	2653%
Razem wg sprawozdań miesięcznych	4 462 553	3 999 402	463 151	10%	4 318 200	4 776 564	-458 364	-11%	144 353	-777 162	921 515	638%
Razem wg sprawozdania rocznego	4 639 445	3 999 402	640 043	14%	4 629 294	4 776 564	-147 270	-3%	10 151	-777 162	787 313	7756%
Razem wg sprawozdania rocznego poprawionego (07.11.2017 r.)	4 462 553	3 999 402	463 151	10%	4 318 200	4 776 564	-458 364	-11%	144 353	-777 162	921 515	638%

* Załącznik nr 2 Sprawozdania z wykonania Planu finansowego na 2016 r. poprawiony został w dniu 07.11.2017 r.

Źródło: opracowanie własne

1.4. Na jakiej podstawie Szpital zaplanował przychody i koszty Oddziału Chorób Wewnętrznych I na 2016 r.?

Plan wydatków na rok 2016, w tym na Oddziale Chorób Wewnętrznych I został ustalony głównie w oparciu o koszty rzeczywiste roku 2015.

Szpital opracował poniższą analizę:

Analiza porównawcza kosztów za ww. okresy wskazuje, że niedoszacowane zostały koszty i przeszacowane przychody:

Tabela 2. Koszty i przychody na Oddziale Chorób Wewnętrznych I (w zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2015	2016	zmiana
1	Koszty bezpośrednie	3 603 175	3 849 242	246 067
2	Koszty pośrednie	797 762	927 322	129 559
3	Razem koszty	4 400 937	4 776 564	375 626
4	Razem przychody	4 372 252	3 999 402	372 850
5	Wynik na sprzedaży	28 685	-777 162	-748 477

Źródło: Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Szczegółowa analiza kosztów wskazuje na istotne (zmiana powyżej 10.000,- zł) niedoszacowanie kosztów w następujących pozycjach:

Tabela 3. Istotne (zmiana powyżej 10.000,- zł) niedoszacowanie kosztów Szpitala w latach 2015-2016 (w zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2015	2016	Zmiana
1	Amortyzacja pozostałych śr. trw.	589	70 601	70 012
2	Pozostałe przedmioty nietrwale	673	41 800	41 126
3	Sprzęt nietrwale medyczny	18	73 487	73 469
4	Wynagrodzenie ze stosunku pracy	1 070 432	1 175 123	104 692
5	Nagrody jubileuszowe i odp. emeryt. rent.	17 578	38 726	21 148
6	Składki na ubezpiecz. społ.	188 093	206 388	18 295
7	Zakładowy Fundusz Świadc. Socjaln.	18 613	38 234	19 620
8	Usługi porządkowe	104 634	126 744	22 110
9	Razem koszty bezpośrednie	1 400 631	1 771 102	370 472
10	Pracownia Endoskopowa	159 243	240 429	81 186
11	Anestezjologia	31 545	55 521	23 976
12	Koszty ogólnego zarządu	189 060	236 914	47 854
13	Razem koszty pośrednie	379 848	532 864	153 016
14	Razem koszty	1 780 478	2 303 966	523 488

Źródło: Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Wzrosty te nie zostały zrównoważone istotnymi (powyżej 5.000,-) oszczędnościami w niektórych pozycjach kosztów:

Tabela 4. Istotne (zmiana powyżej 10.000,- zł) niedoszacowanie kosztów Szpitala w latach 2015-2016 (w zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2015	2016	Zmiana
1	Materiały biurowe, druki prasa	10 601	3 292	-7 308
2	Sprzęt med. 1x użytku sterylne	70 626	53 518	-17 109
3	Leki	368 225	273 870	-94 355
4	Żywnienie	18 305	12 896	-5 410
5	PFRON	18 305	12 896	-5 410
6	Razem koszty bezpośrednie	620 526	490 019	130 507
7	Apteka szpitalna	50 123	42 606	-7 517
8	Prac. RTG	71 486	61 641	-9 845
9	Prac. Tomografii Komputerowej	48 551	42 106	-6 445
10	Prac. USG	41 637	32 180	-9 457
11	Prac. Prób Wysiłkowych	27 107	15 416	-11 691
12	Razem koszty pośrednie	238 904	193 949	-44 955

Źródło: Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Analiza wzrostu kosztów w najistotniejszych grupach kosztów wskazuje na następujące ich przyczyny:

- 1) Wzrost w zakresie amortyzacji i nietrwałego sprzętu medycznego:

Tabela 5. Wysokość amortyzacji i nietrwałego sprzętu medycznego w latach 2015-2016 (w zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2015	2016	Zmiana
1	Amortyzacja pozostałych środków trwałych	589	70 601	70 012
2	Pozostałe przedmioty nietrwałe	673	41 800	41 126
3	Sprzęt nietrwały medyczny	18	73 487	73 469

Źródło: Szpital S. im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

W roku 2016 odniesiono w koszty, w związku z prowadzoną przebudową oddziału, zakup wyposażenia i środków trwałych podlegających przyspieszonej amortyzacji z uwagi na niską jednostkowo wartość.

- 2) Wzrost wynagrodzeń zarówno w zakresie kosztów bezpośrednich jak i kosztów alokowanych na oddział.
- 3) Wzrost kosztów pośrednich wynika głównie ze wzrostu kosztów bezpośrednich w ośrodkach rozliczających koszty.

Tabela 6. Koszty pośrednie w latach 2015-2016 (w zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2015	2016	Zmiana
1	Pracownia Endoskopowa	159 243	240 429	81 186
2	Anestezjologia	31 545	55 521	23 976
3	Koszty ogólnego zarządu	189 060	236 914	47 854
	Razem koszty pośrednie	379 848	532 864	153 016

Źródło: Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Ilość wykonanych procedur na rzecz Oddziału Wewnętrznych I nie wzrosła w sposób znaczący.

Podsumowując, Szpital stwierdził, że pierwotny plan na rok 2016 został niedoszacowany po stronie kosztów głównie w zakresie wzrostu kosztów bezpośrednich (głównie wzrost wynagrodzeń, usług porządkowych).

Zdaniem Szpitala niewykonanie Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w zakresie przychodów wynika z prowadzonej przebudowy na Oddziale w okresie VII-XII 2016 r.

Zdaniem kontrolującego niewykonanie Planu finansowego Szpitala na 2016 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w zakresie przychodów wynika z braku dokonania korekty Planu po podpisaniu 15.06.2016 r. aneksu nr 9/2016 do umowy nr 61/100128/SZP/01/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne i następnych dot. 2016 r.

Wniosek: Plan finansowy Szpitala powinien uwzględniać w aneksach zmiany wartości umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

1.5. Czy spis z natury przeprowadzony w magazynie szpitalnym Oddziału Chorób Wewnętrznych I na koniec 2016 r. jest zgodny ze stanem magazynowym na koniec 2016 r.?

Inwentaryzacja Apteczki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych I na koniec 2016 r. została przeprowadzona komisyjnie w dniu 31.12.2016 r. w formie spisu z natury. Spis zawiera 480 pozycji leków i sprzętu medycznego oraz 4 pozycje dodatkowe (wyceny leków i sprzętu nie dokonano - nie określono ich wartości).

Potwierdzenie stanu magazynowego zostało wykonane w dniu 17.01.2017 r. przez osoby, które dokonały spisu z natury (komisję inwentaryzacyjną).

Komisja inwentaryzacyjna nie dokonała stwierdzenia, że spis z natury przeprowadzony w magazynie szpitalnym Oddziału Chorób Wewnętrznych I na koniec 2016 r. jest zgodny lub nie jest zgodny ze stanem magazynowym apteczki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych I na koniec 2016 r.

W zakresie gospodarki lekami w apteczkach oddziałowych zgodnie z przyjętą polityką rachunkowości kierownik jednostki podjął decyzję o prowadzeniu ewidencji tej grupy rzeczowych składników obrotowych zgodnie z normą art. 17.2.4 ustawy o rachunkowości. W myśl tej regulacji dla tej grupy rzeczowych składników aktywów obrotowych nie jest prowadzona ewidencja ilościowa, ani też ilościowo-wartościowa. Są one w momencie przekazywania do apteczki oddziałowej odpisywane

w koszty. Inwentaryzacja służy w tym rozwiązaniu ustaleniu stanu tych składników na zadany dzień (np. bilansowy) i po jego wycenie służy korekcie kosztów o wartość tego stanu. W związku z tym ilości spisane nie podlegają porównaniu ze stanem magazynowym apteczki oddziałowej.

2. Sposób prowadzenia nadzoru nad pracą personelu medycznego na Oddziale Chorób Wewnętrznych I.

2.1. Jaka była liczba i struktura personelu medycznego na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w sierpniu 2016 r.?

Liczba i struktura personelu medycznego na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w sierpniu 2016 r.:

- 1) lekarze rezydenci – 7 osób (w tym 3 osoby na umowach cywilno-prawnych – dyżury)
- 2) lekarze – praca popołudniowa – 6 osób (w tym lekarz kierujący oddziałem)
- 3) lekarze – dyżury lekarskie 13 osób (w tym 3 rezydentów)
- 4) pielęgniarki – 23 osoby
- 5) opiekuni medyczni – 3 osoby
- 6) sanitariusze – 2 osoby
- 7) pozostały personel medyczny – 3 osoby

2.2. Jaki był harmonogram pracy personelu medycznego na Oddziale Chorób Wewnętrznych I w sierpniu 2016 r.? Jaki był sposób potwierdzania pracy wykonanej przez personel medyczny? Na podstawie jakich umów pracował na Oddziale Chorób Wewnętrznych I personel medyczny (umowy o pracę, umowy zlecenia)?

Personel medyczny: pielęgniarki, sanitariuszki, opiekunki pracował w oparciu o umowę o pracę; posiadał „Harmonogram pracy personelu medycznego Oddział Chorób Wewnętrznych I sierpień 2016 r.” (31 pracowników).

Personel ten potwierdzał swoją obecność na „Indywidualnych kartach czasu pracy pracownika za sierpień 2016 r.”.

Młodszy asystenci-rezydenci, pracowali w oparciu o umowę o pracę w godzinach od 7.30 do 14.35 w dni robocze (7 pracowników).

Rezydenci potwierdzali swoją obecność na „Indywidualnych kartach czasu pracy pracownika za sierpień 2016 r.”.

Lekarka-rezydent K. C. (30.08.2016 r. wtorek) miała również dyżur popołudniowy (14.35 – 7.00), wynika z tego, że we wtorek i środę pracowała nieprzerwanie przez 31,5 godziny.

Lekarka- rezydent P. J. pracowała na dyżurach popołudniowych m.in. w dniach 1, 10, 16, 23, 29 sierpnia; wynika z tego, że pracowała wtedy nieprzerwanie przez 31,5 godziny. M. P. pracowała na dyżurach popołudniowych w dniach 2, 8, 17, 21 (24-godzinny), 28 (24-godzinny) sierpnia; wynika z tego, że pracowała wtedy nieprzerwanie przez 31,5 godziny.

Lekarze kontraktowi, w sierpniu 2016 r. pracowali na podstawie umów cywilno-prawnych; w oparciu o „Harmonogram wykonywania świadczeń zdrowotnych dla lekarzy kontraktowych Oddziału I Chorób Wewnętrznych” za sierpień 2016 r. (od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-14.35).

Lekarze kontraktowi nigdzie nie potwierdzali, że przepracowali swoje dyżury (tj. że odbyli dyżury lekarskie popołudniowe).

Potwierdzenie ich pracy odbywało się na rachunkach/fakturach wystawianych przez usługodawcę (bez wykazu przepracowanego czasu pracy w godzinach popołudniowych).

E. C. (01.08.2016 r. wtorek) i P. S. (04.08.2016 r. piątek) pełnili zarówno dyżur popołudniowy w oparciu o umowę cywilną-kontrakt i dyżur popołudniowy w oparciu o osobną umowę cywilną. Dodatkowo, E. C. miała 02.08.2017 r. dyżur popołudniowy, wynika z tego, że pracowała nieprzerwanie przez 31 godz. 35 min.

Lekarze dyżurni, pracowali w oparciu o umowy cywilno-prawne; wg „Harmonogramu dyżurów lekarskich na sierpień 2016 r.” wykonywanych od 15.00 do 7.00 (16 godz.) w dni robocze lub od 7.00 do 7.00 dnia następnego w dni wolne od pracy.

Lekarze dyżurni nigdzie nie potwierdzali swojej obecności (tj. że odbyli dyżury lekarskie popołudniowe lub całodienne). Potwierdzenie ich pracy odbywało się natomiast na wykazie przepracowanych dyżurów lekarskich, załączanym do faktur/rachunków.

Według opinii kontrolującego, personel medyczny wykonujący świadczenia zdrowotne w Szpitalu na podstawie umów cywilno-prawnych powinien pisemnie potwierdzać wykonaną przez siebie usługę (podobnie jak to robią pielęgniarki, sanitariuszki, opiekunki, młodszy asystenci-rezydenci, którzy pracują w oparciu o umowę o pracę).

Sprawdzono sposób akceptacji faktur za wykonanie umów cywilno prawnych:

- 1) faktura nr 04/08/2016 z 31.08.2016 r. Medsystem Edyta Cywa – brak podpisu pod akceptacją rachunku przez kierownika oddziału (podpisał się pod wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich);
- 2) faktura nr 02/09/2016 z 31.08.2016 Indywidualna Praktyka Lekarska Agnieszka Poręba – brak podpisu pod akceptacją rachunku przez kierownika oddziału (podpisał się pod wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich);
- 3) rachunek 08/2016 z 31.08.2016 r. Praktyka Lekarska Magdalena Potępa – brak podpisu pod akceptacją rachunku przez kierownika oddziału (podpisał się pod wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich), błąd na fakturze w podanej ilości dyżurów medycznych: jest: 2 dyżury 16-godzinne i 3 dyżury 24-godzinne, powinno być (zgodnie z Wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich): 3 dyżury 16-godzinne i 2 dyżury 24-godzinne;
- 4) faktura 1/8/2016 z 31.08.2016 Praktyka Lekarska Paulina Jędrzejowska – brak podpisu pod akceptacją rachunku przez kierownika oddziału (podpisał się pod wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich).

Sprawdzono czy wybrani pracownicy na umowach o pracę byli nadzorowani pod względem czasu pracy w sierpniu 2016 r.:

- 1) K. C., młodszy asystent – rezydent, pracowała w godzinach od 7.00 do 14.45 w dni powszednie, urlop od 03.08 do 26.08.2016 r., jej obecność została potwierdzona przez Kierującego I Oddziałem Chorób Wewnętrznych.
- 2) J. K., opiekunka medyczna, pracowała w godzinach od 6.30 do 14.05 w dni powszednie, jej obecność została potwierdzona przez Pielęgniarkę Oddziałową.
- 3) K. R., pielęgniarka, pracowała w godzinach od 7.00 do 13.00, od 7.00 do 19.00, od 19.00 do 7.00 zgodnie z harmonogramem pracy personelu medycznego, jej obecność została potwierdzona przez Pielęgniarkę Oddziałową. Uwaga dobową normą pracy dla Katarzyny Rataj wynosi 7 godzin 35 minut a pracuje 12 godz. na dobę.
- 4) B. M., specjalistka pielęgniarka, pracowała w godzinach od 7.00 do 19.00, od 19.00 do 7.00 zgodnie z harmonogramem pracy personelu medycznego, jej obecność została potwierdzona przez Pielęgniarkę Oddziałową. Uwaga dobową normą pracy dla Pani Barbary Muroń wynosi 7 godzin 35 minut a pracuje 12 godz. na dobę.
- 5) M. N. – starsza pielęgniarka, pracowała w godzinach od 7.00 do 10.30, od 7.00 do 19.00, od 19.00 do 7.00 zgodnie z harmonogramem pracy personelu medycznego w dniach od 16.08 do 29.08. 2017 r. na urlopie, jej obecność została potwierdzona przez Pielęgniarkę Oddziałową. Uwaga: dobową normą pracy dla Pani M. N. wynosi 7 godzin 35 minut, a pracuje 12 godz. na dobę.

Szpital zgodnie z art. 29 par. 3 Kodeksu Pracy, przekazywał pracownikowi pisemną informację (w formie załącznika do umowy) o obowiązującej go dobowej i tygodniowej normie czasu pracy. Informacja ta zawierała odesłanie do obowiązujących przepisów Kodeksu Pracy, w tym regulacji dotyczących pracy w wymiarze 12 godzin na dobę (art. 135, art. 136, art. 138, art. 143 i art. 144 Kodeksu Pracy). Szpital zachowywał także zasadę 11 godzinnej przerwy między dyżurami.

Sprawdzono zgodność faktur z umowami cywilno-prawnymi:

- 1) Umowa z 18.12.2013 r. z lek. med. E. C. na dyżur medyczny popołudniowy 16 godzinny i dyżur całodzienny 24-godzinny.
Faktura nr 04/08/2016 z 31.08.2016 r. wystawiona zgodnie z umową.

2) Umowa z 16.12.2013 r. z lek. med. E. C. na świadczenie świadczeń zdrowotnych w ramach konsultacji od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni świątecznych w godz. między 7.00 a 15.00 zgodnie z harmonogramem ustalonym przez lekarza kierującego oddziałem.

Faktura nr 3/08/2016 z 31.08.2016 r. wystawiona zgodnie z umową.

3) Umowa z 16.12.2013 r. z lek. med. A. P. na udzielanie świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni świątecznych w godz. 7.00-15.00 zgodnie z harmonogramem ustalonym przez lekarza kierującego oddziałem.

Faktura nr 01/09/2016 z 31.08.2016 r. wystawiona zgodnie z umową.

4) Umowa z 18.12.2013 lek. med. A. P. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych (16 i 24-godzinnych)

Faktura nr 2/09/2016 z 31.08.2016 r. wystawiona zgodnie z umową. Nie została potwierdzona przez kierującego oddziałem.

5) Umowa z 18.12.2013 r. z lek. Med. M. P. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych na Oddziale Chorób Wewnętrznych I (16 i 24-godzinnych)

Rachunek 08/2016 z 31.08.2016 r. wystawiony niezgodnie z umową tj. niezgodnie z wykazem przepracowanych dyżurów lekarskich:

Wykaz: 3 dyżury 16-godz., 2 dyżury 24-godz.

Rachunek: 2 dyżury 16-godz., 3 dyżury 24-godz.

Rachunek nie został potwierdzony przez kierującego oddziałem.

Szpital poinformował, że w fakturze tej wystąpił błąd w podanej ilości dyżurów medycznych. Do faktury zostanie wystawiona korekta.

Wniosek: Faktury/rachunki powinny być potwierdzone nie tylko na wykazie przepracowanych dyżurów, ale również na fakturze.

Dyżury w Szpitalu w sierpniu 2016 r. pełnione były przez lekarzy w dni świąteczne i dni dodatkowo wolne przez 24 godziny bez przerw. Ponadto, lekarze rezydenci pracowali nieprzerwanie przez 31,5 godz. Czy tak wykonywane dyżury są zgodnie z prawem – tj. czy zdaniem Szpitala nie zostały przekroczone normy godzinowe pracy?

Czy Zdaniem Szpitala tak wykonywany dyżur przez lekarzy zapewniał prawidłowe wykonywanie świadczeń medycznych biorąc pod uwagę zmęczenie lekarzy i jego wpływ na jakość udzielania świadczeń?

W odpowiedzi Szpital poinformował:

Lekarze pracujący w dni świąteczne i dni dodatkowo wolne od pracy w ramach 24 godzinnego dyżuru wykonują swoje zadania w ramach umowy cywilno-prawnej i wypełniają swoje obowiązki zgodnie z potrzebami Oddziału i przygotowywanym grafikiem. Czasami zdarzają się sytuacje, które z uwagi na dobro pacjenta wymuszają pracę lekarza ponad 24 godz. na dobę. Lekarze rezydenci w tym samym Szpitalu zatrudnieni są w ramach umowy o pracę, oraz w ramach umowy cywilno-prawnej na dyżurach. Pracują zgodnie z grafikami które zatwierdza lekarz kierujący oddziałem.

Wniosek: Dyżury pełnione przez lekarzy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w dni świąteczne i dni dodatkowo wolne od pracy przez 24 godziny bez przerw były realizowane zgodnie z prawem. Wynika to z przepisów zawartych w Dziale III *Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych* ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.), które zezwalają pracownikowi zatrudnionemu w podmiocie leczniczym na pełnienie dyżurów medycznych (przez który rozumie się wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez pracowników wykonywujących zawód medyczny) nawet przez 24 godziny bez przerw; lekarzowi przysługuje co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (art. 97 ust 1 ustawy o działalności leczniczej); odpoczynek ten musi jednak nastąpić dopiero po zakończeniu dyżuru medycznego (art. 97 ust 2). W wyniku tego, nieprzerwana praca na dyżurze lekarskim może być wykonywana nawet przez 24 godziny.

Pomimo tego, że wykonywanie dyżuru lekarskiego nieprzerwanie przez 24 godziny jest zgodne z prawem, to biorąc pod uwagę:

- podstawowy czas pracy lekarza (zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, co do zasady, czas pracy lekarza nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę oraz przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Wraz z pełnionym przez lekarza dyżurem medycznym, jego czas pracy nie może przekroczyć 48 godzin tygodniowo);
- przepis art. 97 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który mówi, że „Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku”;
- brak stanowiska Szpitala co do zasadności pełnienia przez lekarzy dyżurów przez 24 godziny bez przerw w związku z ryzykiem nieprawidłowego wykonywania świadczeń medycznych ze względu na zmęczenie lekarzy i jego wpływu na jakość udzielania świadczeń medycznych;

można uznać, że pełnienie obowiązków zawodowych przez 24 godziny na dobę na Oddziale Chorób Wewnętrznych I jest wykonywaniem świadczeń medycznych, obciążonym zbyt dużym ryzykiem nieprawidłowego ich wykonania, biorąc pod uwagę zmęczenie lekarzy i jego wpływ na jakość udzielania świadczeń.

W związku z tym, w opinii kontrolującego, Szpital nie powinien podpisywać umów, które zezwalają na wykonywanie dyżurów lekarskich przez 24 godziny bez przerw.

Wykonywanie natomiast przez lekarza działalności leczniczej non-stop przez 31,5 godziny tj. na podstawie pracy popołudniowej (7 godz. 35 min.), dyżuru popołudniowego (16 godz.) i pracy popołudniowej (7 godz. 35 min.), jest w opinii kontrolującego niezgodna z prawem (pomijając ryzyko jakości wykonywanych świadczeń medycznych), gdyż lekarzowi przysługuje co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego (art. 97 ust 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej). Wynika więc z tego, że po 16 godzinnym dyżurze popołudniowym, lekarz nie powinien wykonywać pracy popołudniowej (wykonywanej w oparciu o odrębną umowę).

Ad. 5. Gospodarowanie w latach 2014-2017 zasobami mieszkaniowymi Gminy Miejskiej Kraków, pozostającymi w użytkowaniu Szpitala.

Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ posiada tytuł prawny do władania nieruchomościami stanowiącymi własność Gminy Miejskiej Kraków na podstawie umowy ustanowienia prawa użytkowania (akt notarialny Repertorium A 420/2003), w tym 4 lokalami mieszkalnymi wchodzącymi w skład mieszkaniowego zasobu Gminy, o łącznej powierzchni użytkowej 188,35 m² (48,06 m², 49,75 m², 41,17 m² oraz 49,37 m²). Powyższe lokale mieszkalne położone są w parterowym budynku, wchodzącym w skład kompleksu budynków znajdujących się w lokalizacji os. Na Skarpie 66. Lokale mieszkalne wyposażone są w instalacje: wodno-kanalizacyjną, gazową, elektryczną oraz centralnego ogrzewania.

Na podstawie art. 54 ust. 1-3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.):

- 1) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje posiadany mieniem samodzielnie;
- 2) zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie, może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący;
- 3) zasady określone przez podmiot tworzący, polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych.

Gmina Miejska Kraków (podmiot tworzący Szpital), określiła ww. zasady w Uchwale Nr XLIII/562/12 Rady Miasta Krakowa z dnia 25 kwietnia 2012 r. w sprawie zbywania, oddawania w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych stanowiących własność, będących w użytkowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 5 ust. 3 uchwały, podmioty lecznicze dysponujące lokalami mieszkalnymi stanowiącymi mieszkaniowy zasób Gminy Miejskiej Kraków, ustalają zasady wynajmowania tych lokali. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie ustalił powyższe zasady i wprowadził je Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 100/2012 Dyrektora Szpitala z dnia 16 listopada 2012 r.

Zgodnie z § 5 ust. 4 Uchwały Nr XLIII/562/12, w odniesieniu do lokali mieszkalnych, Szpital ma obowiązek stosowania stawek czynszowych wynikających z Wieloletniego programu gospodarowania mieszkaniowym zasobem Gminy Miejskiej Kraków oraz wydanych na podstawie tego programu, zarządzeń Prezydenta Miasta Krakowa dotyczących ustalania stawek czynszowych, tj. Zarządzenia Nr 2515/2007 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 29 listopada 2007 r. w sprawie ustalania wysokości czynszu opartego na ocenie wartości użytkowej lokalu mieszkalnego wchodzącego w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Miejskiej Kraków oraz tymczasowego pomieszczenia wchodzącego w skład zasobu tymczasowych pomieszczeń Gminy Miejskiej Kraków (z późn. zm.).

W oparciu o ww. zarządzenie, stawki czynszowe dla lokali mieszkalnych ustala się w oparciu o system oceny wartości użytkowej lokalu mieszkalnego. Szczegółowe zasady ustalania ilości punktów dla danego lokalu mieszkalnego określa Załącznik Nr 1 do ww. zarządzenia. Zgodnie z powyższymi zasadami, dla każdego mieszkania ustala się ogólną ilość punktów z uwzględnieniem kryteriów podanych w załącznikach do zarządzenia, oznaczonych od Nr 3 do Nr 9. Punkty te stanowią podstawę do ustalenia kategorii mieszkania i wysokości czynszu – Załącznik Nr 6 lub Nr 9. Stawka czynszu ulega obniżeniu ze względu na stan techniczny budynku lub jego części – zgodnie z częścią IV załącznika Nr 5 lub Nr 8 – do czasu jego poprawy. Wysokość czynszu za lokal mieszkalny jest iloczynem stawki czynszowej dla danej kategorii mieszkania i powierzchni użytkowej lokalu. Przez powierzchnię użytkową lokalu mieszkalnego rozumie się powierzchnię wszystkich pomieszczeń znajdujących się w lokalu, a w szczególności pokoi, kuchni, spiżarni, przedpokoi, alków, holi, korytarzy, łazienek oraz innych pomieszczeń służących mieszkalnemu i gospodarczym potrzebom najemcy, bez względu na ich przeznaczenie i sposób użytkowania. Za powierzchnię użytkową lokalu mieszkalnego nie uważa się: powierzchni balkonów, tarasów i loggii, antresoli, szaf i schowków w ścianach, pralni, suszarni, wózkowni, strychów, piwnic i komórek przeznaczonych do przechowywania opału.

Wartość użytkową lokalu mieszkalnego określonego w kwestionariuszu zawartym w Załączniku Nr 2 ustala się w oparciu o:

- 1) Załącznik Nr 5 lub Załącznik Nr 8 – wartość punktowa cech uwzględniających przy ocenie wartości użytkowej mieszkania,
- 2) Załącznik Nr 4 lub Załącznik Nr 7 – Wykaz ciągów o silnym natężeniu ruchu ulicznego,
- 3) Załącznik Nr 3- Granice stref „S”, „A”, „B” i „C”,
- 4) Instrukcję do wypełniania kwestionariusza dotyczącego ustalania wartości użytkowej lokalu mieszkalnego zawartą w Załączniku Nr 2.

Miesięczna stawkę czynszu za 1 m² powierzchni użytkowej lokalu mieszkalnego, ustala się na podstawie tabeli - Załącznik Nr 6 lub Załącznik Nr 9 do zarządzenia.

Zgodnie z § ust. 1 Zarządzenia, od dnia 1 czerwca 2008 r. obowiązywały zasady ustalania punktów i wysokości czynszu dla danego lokalu mieszkalnego, określone w Załącznikach Nr 7, Nr 8 i Nr 9 do Zarządzenia.

W trakcie kontroli ustalono, że wszystkie umowy na najem lokali mieszkalnych pozostających w użytkowaniu Szpitala, zostały zawarte w latach 1997 i 2008, tj. przed podjęciem przez Dyrektora Szpitala Zarządzenia Wewnętrznego Nr 100/2012 z dnia 16 listopada 2012 r. Najemcami lokali mieszkalnych są osoby zatrudnione w Szpitalu.

- 1) lokal mieszkalny o pow. 49,37 m² został wynajęty Pani B.M. (na podstawie umowy najmu z dnia 12 grudnia 2008 r.),
- 2) lokal mieszkalny o powierzchni 49,75 m² został wynajęty Pani D. M. (na podstawie umowy najmu z dnia 1 kwietnia 1997 r.),
- 3) lokal mieszkalny o powierzchni 48,06 m² został wynajęty Pani K.J. (na podstawie umowy najmu z dnia 30 kwietnia 1997 r.),
- 4) lokali mieszkalny o powierzchni 41,17 m² w trakcie wykonywania czynności kontrolnych stanowił pustostan. Umowa najmu została rozwiązana przez najemcę z dniem 30 lipca 2016 r. Lokal wymaga remontu.

Z dokonanych ustaleń wynika również, że Szpital w dniu 2 maja 2008 r., ustalił wysokość czynszu dla posiadanych lokali mieszkalnych, obowiązujący od dnia 1 czerwca 2008 r. Przy ustalaniu czynszu

przyjęto prawidłowe Załączniki do Zarządzenia (Nr 7, Nr 8 i Nr 9). Ustalona w ten sposób liczba punktów (-6) pozwalająca na określenie wartości użytkowej lokali mieszkalnych (Załącznik Nr 2 do Zarządzenia) była również prawidłowa i obejmowała wszystkie wymagane elementy, tj.:

- 1) cechy lokalizacji budynku (położenia w strefie, uciążliwości lokalizacji, dostępności do przystanków komunikacji miejskiej),
- 2) cechy lokalizacji mieszkania (ze względu na usytuowanie budynku, wejścia do mieszkania, położenia na kondygnacji, komunikacji wewnątrz budynku, uciążliwości wewnątrz budynku),
- 3) cechy układu funkcjonalnego i wyposażenia mieszkania, tj.: jego samodzielności, wyposażenia, dodatkowych pomieszczeń i części budynku, wysokości, wyposażenia w media, ogrzewania, utrzymania ciepła i oświetlenia naturalnego, a także stanu mieszkania z przyczyn obiektywnie niezależnych od najemcy (występowaniem zagrzybienia, zawilgocenia, zaciekania, niedoświetlenia światłem naturalnym, zaciemnieniem przez drzewa lub sąsiednie budynki).

Ustalona według Załącznika Nr 9 do zarządzenia kategoria mieszkania (11) została również ustalona w sposób prawidłowy, odpowiadała stawce czynszowej za 1 m² 5,48 zł. Stawka ta została następnie obniżona łącznie o 20 % z powodu złego stanu technicznego budynku, wymagającego wymiany: instalacji wodno-kanalizacyjnej (5%), instalacji elektrycznej (5%), instalacji gazowej (5 %) oraz instalacji grzewczej (5 %). Po uwzględnieniu powyższych czynników, stawka dla lokali mieszkalnych ostatecznie wyniosła 4,39 zł za 1 m² i jest pobierana w niezminionej wysokości przez Szpital od najemców lokali mieszkalnych od 1 czerwca 2008 r. do dnia kontroli. Podstawą pobierania opłat z tytułu czynszu są wystawiane odrębnie dla każdego najemcy, faktury VAT. Oprócz czynszu faktury zawierają opłaty za media: c.o., zimną wodę, ścieki oraz najem piwnic.

W przekazanym do Szpitala projekcie Wystąpienia pokontrolnego z dnia 6 grudnia 2017 r., kontrolujący ustalił, iż Szpital przy ustalaniu wartości użytkowej lokali mieszkalnych w maju 2008 r., uwzględnił stan mieszkań z przyczyn niezależnych od najemcy, przyznając (- 4 pkt) w kwestionariuszu, w związku z występującym w mieszkaniach zawilgoceniem, zaciekaniem i zagrzybieniem, spowodowanym przeciekającym dachem. Ustalono również, że Szpital w 2009 r. wyremontował dach budynku, w którym znajdują się lokale mieszkalne oraz, że od tej pory w mieszkaniach nie występuje zaciekanie, zawilgocenie oraz zagrzybienie. Z uwagi na ustanie przyczyny, na skutek której stawka czynszu uległa obniżeniu, zgodnie z Zarządzeniem Nr 2515/2007 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 29 listopada 2007 r. w sprawie ustalania wysokości czynszu opartego na ocenie wartości użytkowej lokalu mieszkalnego wchodzącego w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Miejskiej Kraków oraz tymczasowego pomieszczenia wchodzącego w skład zasobu tymczasowych pomieszczeń Gminy Miejskiej Kraków (z późn. zm.), Szpital miał obowiązek ponownego przeliczenia w 2009 r., stawek czynszowych dla powyższych lokali mieszkalnych. Z uwagi na to, że Szpital nie dokonał ponownego przeliczenia stawek czynszowych, należy uznać, że od 2009 r. w sposób nieprawidłowy realizuje powyższe Zarządzenie.

Szpital wniósł zastrzeżenia od powyższych ustaleń, wnosząc, że przeprowadzony remont budynku dotyczył głównie dachu, którego naprawa jedynie powstrzymała dalsze zawilgocenie ścian, ale nie poprawiła w sposób radykalny stanu technicznego lokali mieszkalnych, w związku z tym Szpital nie widzi podstaw w chwili obecnej do zmiany wysokości czynszu za najem mieszkań. Powyższe zastrzeżenie zostało uwzględnione w całości.

V. Zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) Plan finansowy Szpitala powinien uwzględniać w aneksach zmiany wartości umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- 2) Faktury/rachunki za wykonanie świadczeń medycznych na podstawie umowy cywilnej, powinny być potwierdzone nie tylko na wykazie przepracowanych dyżurów, ale również na fakturze.
- 3) Wykonywanie przez lekarzy działalności leczniczej non-stop przez 31,5 godziny tj. na podstawie pracy dopołudniowej (7 godz. 35 min.), dyżuru popołudniowego (16 godz.) i pracy dopołudniowej (7 godz. 35 min.), jest niezgodna z prawem (pomijając ryzyko jakości wykonywanych świadczeń medycznych), gdyż lekarzowi przysługuje co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego (art. 97 ust 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej). Wynika więc z

tego, że po 16 godzinowym dyżurze popołudniowym, lekarz nie powinien wykonywać pracy popołudniowej (wykonywanej w oparciu o odrębną umowę).

- 4) Szpital nie posiada części dokumentacji wymaganej na gruncie art. 17. ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zw. z art. 90 ust. 6-8 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918 oraz z 2016 r. poz. 542 i 1228).

VI. Wskazanie imienia i nazwiska osób odpowiedzialnych za powstanie stwierdzonych nieprawidłowości:

Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.) oraz umową o zarządzanie Szpitalem Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, zawartą w dniu 26 października 2016 r. (z późn. zm.) z Gminą Miejską Kraków, za nieprawidłowości stwierdzone w trakcie przeprowadzonej kontroli w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, odpowiedzialność ponosi Dyrektor Szpitala – Pan Jerzy Friediger.

VII. Pouczenie o prawie oraz terminie zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do Wystąpienia pokontrolnego:

Zgodnie z § 25 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania Kontroli podmiotów leczniczych z dnia 20 grudnia 2012 r. (t.j.: z 2015 r., poz. 1331), od niniejszego Wystąpienia Szpitalowi Specjalistycznemu im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, nie przysługują środki odwoławcze.

VIII. Zobowiązanie kierownika jednostki do poinformowania o sposobie wykonania zaleceń.

Zobowiązuje się Dyrektora Szpitala do poinformowania Biura ds. Ochrony Zdrowia w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego do przedłożenia informacji o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystania wniosków z kontroli lub przyczynach ich niewykorzystania albo i innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

IX. Projekt wystąpienia pokontrolnego sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazano do jednostki kontrolowanej.

INSPEKTOR
Dshah
Monika Dąbrowska-Hajda
(Kontrolujący)
20.01.2018

INSPEKTOR
M. Jędrzejewski
Grażyna Jędrzejewski
20.01.2018

GŁÓWNY SPECJALISTA
T. Wyczański
Tomasz Wyczański
30.01.2018

DYREKTOR BIURA
Michał Marszałek
Michał Marszałek
(Podmiot uprawniony do kontroli)

Otrzymują:

- 1) Adresat,
- 2) aa.

KIEROWNIK REFERATU

Justyna Haberda-Wilk
Justyna Haberda-Wilk
30.01.2018

