

UCHWAŁA NR 2149/20
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 27 MAJA 2020 r.

w sprawie przyjęcia *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

Na podstawie § 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331 t. j.), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwała co następuje:

§ 1

Przyjmuje się *Projekt Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczący Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach sporządzony 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 24.04.2018 r., znak: DOZ.III.1711.7.1.2018., stanowiący 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 *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

W terminie od 18 lutego do 29 lutego 2019 r. pracownicy Oddziału ds. Organizacyjnych i Kontroli Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, na podstawie imiennych upoważnień, udzielonych przez podmiot uprawniony, przeprowadzili kontrolę problemową w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Kielcach 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 24.04.2018 r., znak: DOZ.III.1711.7.1.2018. Po zakończeniu czynności kontrolnych został sporządzony, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, *Projekt Wystąpienia Pokontrolnego*, który obejmuje ustalenia dokonane w trakcie kontroli.

Zgodnie z § 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, projekt wystąpienia pokontrolnego podpisuje kontrolujący i podmiot uprawniony do kontroli.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 2149/20
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego
z dnia 27 maja 2020 r.

OZ-IV.1711.4.2020

Egzemplarz nr 1

PROJEKT

WYSTĄPIENIA POKONTROLNEGO

sporządzony na podstawie § 20 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 Kie

Dane identyfikacyjne kontroli

Oznaczenie Jednostki Kontrolowanej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce¹

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w terminie od 18.02.2020 r. do 28.02.2020 r.

Numer i zakres kontroli

OZ-IV.1711.4.2020 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 24.04.2018 r., znak: DOZ.III.1711.7.1.2018.

Przeprowadzający kontrolę

Na podstawie Uchwały Nr 1633/20 z dnia 5.02.2020r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego upoważnił Ewę Murzec i Jolantę Jesionowską do przeprowadzenia kontroli w Podmiocie Leczniczym. Kontrolujący otrzymali imienne upoważnienia:

Ewa Murzec – Upoważnienie nr OZ.1711.1.2020 z dnia 5.02.2020 r.

Jolanta Jesionowska – Upoważnienie nr OZ.1711.1.2020 z dnia 5.02.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1- 3 Uchwała ZWŚ, Upoważnienia do kontroli)

Przed pojęciem czynności kontrolnych Zespół kontrolujący złożył podmiotowi uprawnionemu do kontroli pisemne oświadczenia o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli, stosowanie do § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych².

(Dowód: akta kontroli str. 4-5 Oświadczenie kontrolujących o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli)

Kontrolujący po okazaniu upoważnień do kontroli w dniu rozpoczęcia czynności, dokonali wpisu do książki kontroli pod poz. nr 6 i przystąpili do czynności kontrolnych.

¹ Zwany dalej Szpitalem, Zakładem, Podmiotem Leczniczym, Jednostką Kontrolowaną, WSzZ.

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

Kierownik Jednostki Kontrolowanej

Bartosz Stemplewski – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

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 roku³ (zwana dalej u.d.l.) tj. celowości, gospodarności i rzetelności.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen⁴, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

W ramach kontroli sprawdzono działalność Podmiotu Leczniczego w latach 2018-2019, w następujących sekcjach tematycznych:

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.
2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
3. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.04.2018 r., znak: DOZ.III.1711.1.2018.

Stan faktyczny poszczególnych zagadnień kontroli został przedstawiony w punkcie 3 pn. *Oznaczenie zagadnień wymagających oceny*, Programu kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Kielcach zatwierdzonego Uchwałą Nr 1632/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 5.02.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 6 - 11 Uchwała ZWŚ, Program kontroli)

Opis stanu faktycznego

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.

Podmiot Leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/545/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia

³ Ustawa z dn.15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 t.j. ze zm.)

⁴ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna.

20.11.2017 r. Dokument został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017 r. pod pozycją 3542.

Według informacji radcy prawnego zawartej w piśmie z dnia 27.02.2020 r. w zestawieniu z przedstawionymi dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą obowiązywały kolejno niżej wymienione teksty jednolite Regulaminu Organizacyjnego tj. z dnia 4.01.2018 r., z dnia 28.02.2018 r., z dnia 18.05.2018 r., z dnia 02.10.2018 r., 23.09.2019 r. wprowadzane Zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Podmiotu Leczniczego odpowiednio nr 2/2018, nr 07/2018, nr 20/2018, nr 47/2018., nr 47/2019 poprzedzone pozytywnymi opiniami Rady Społecznej w tym zakresie wyrażonymi w uchwałach nr 02/2018 z dnia 04.01.2018 r., nr 9/2018 z dnia 28.02.2018 r., nr 14/2018 z dnia 18.05.2018 r., nr 20/2018 z dnia 02.10.2018 r., nr 15/2019 z dnia 23.09.2019 r.

Z kolei Zarządzeniami wewnętrznymi nr 26/2019 z dnia 24.05.2019 r. i nr 64/2019 z dnia 19.12.2019 r., po uprzednim pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Społeczną, Dyrektor Szpitala wprowadził zmiany w Schemacie Organizacyjnym Jednostki.

Zmiany Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego dotyczyły głównie struktury organizacyjnej Szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 12 – 18 Pisemna informacja Radcy Prawnego)

Analiza *Regulaminu Organizacyjnego Szpitala* (t.j. z dnia 23.09.2019 r.⁵) pozwoliła ustalić, że dokument zawierał wszystkie elementy wymagane przez art. 24 u.d.l. Stosownie do § 1ust. 4 Regulaminu do zadań Podmiotu Leczniczego *należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w szczególności w następujących zakresach działalności leczniczej:*

- a) *leczenia szpitalnego,*
- b) *ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,*
- c) *badania diagnostycznych,*
- d) *rehabilitacji leczniczej,*
- e) *świadczeń wysokospecjalistycznych,*
- f) *świadczeń odrębnie kontraktowanych,*
- g) *programów zdrowotnych,*
- h) *programów lekowych,*
- i) *badania laboratoryjnych, rentgenowskich.*

⁵ Ostatni, w okresie objętym kontrolą, tekst jednolity dokumentu wprowadzony Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 47/2019 Dyrektora Podmiotu Leczniczego z dn. 24.09.2019 r., zmiany schematu organizacyjnego wprowadzono Zarządzeniem 64/2019 Dyrektora podmiotu leczniczego z dn. 19.12.2019 r.

Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym świadczeń kosztochłonnych, badań diagnostyki obrazowej szczegółowo został opisany w II części niniejszego dokumentu pn. *Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych - pkt 2.2.*

Według wykazu sporządzonego przez radcę prawnego, w zestawieniu z dokumentami źródłowymi, w tym regulaminem i schematem organizacyjnym, księgą rejestrową ustalono, że w okresie objętym kontrolą, niektóre komórki organizacyjne (medyczne) rozpoczęły, zaprzestały działalność lub zmieniły nazwy. Szczegóły w tym zakresie poniższe zestawienie tabelaryczne.

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL⁶	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
2018 ROK			
1.	Poradnia Chorób Płuc z Zakresem Alergologii - lp. 286 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania 8.01.2018 r. w RPWDL	<i>Względy organizacyjne, zapewnienie odpowiednich warunków w udzielaniu świadczeń zdrowotnych</i>
2.	Poradnia Transplantologiczna – lp. 290 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania 1.11.2018 r. w RPWDL	<i>Utworzenie nowej komórki organizacyjnej związane było z rozwojem transplantologii w Kielcach. Uruchomienie Poradni miało znaczenie priorytetowe, dla pacjentów po przeszczepie nerki, oznaczało możliwość leczenia ambulatoryjnego w pobliżu miejsca zamieszkania, bez konieczności leczenia poza Województwem Świętokrzyskim. Dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego utworzenie Poradni oznaczało początek rozwoju transplantologii w Kielcach.</i>
3.	Pracownia Analityczna – lp. 230 w RPWDL	Zmiana nazwy na Punkt Pobrań – Zarządzenie wewnętrzne nr	<i>Konieczność zmiany wynika z potrzeby poprawienia jakości organizacji wewnętrznych komórek organizacyjnych szpitala.</i>

⁶ Księga rejestrowa nr 000000014597.

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL ⁶	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
		20/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 18.05.2018 r.	
4.	Pracownia Seminologii – lp. 287 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania –18.05.2018 r. w RPWDL	
5.	Punkt Pobrań – lp.230 w RPWDL	Zmiana nazwy na Pracownia Analityczna – Zarządzenie wewnętrzne nr 47/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 02.10.2018 r.	
6.	Poradnia Kardiochirurgiczna – lp.288 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania – 28.05.2018 r. w RPWDL	<i>Utworzenie komórki organizacyjnej wynikało z powstania możliwości zakontraktowania świadczeń w tym zakresie, w związku z ogłoszeniem konkursu przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</i>

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
2019 ROK			
1.	Pracownia Gastroskopii i Kolonoskopii	Likwidacja komórki – 24.05.2019 r. w RPWDL	<i>Komórka organizacyjna od dłuższego czasu nie udzielała świadczeń zdrowotnych. Z tego względu koniecznym było usankcjonowanie tego stanu poprzez likwidację komórki</i>
2.	Poradnia Gastroenterologiczna		<i>Przyczyną likwidacji komórki był brak specjalistów z tej dziedziny medycyny. Prognozując niemożliwość pozyskania specjalistów podjęto decyzję o zamknięciu komórki</i>
3.	Poradnia Okulistyczna		<i>Poradnia Okulistyczna stanowiła ambulatorium dla działalności Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Ze względu na brak finansowania w tym zakresie, podjęto decyzję o zamknięciu komórki</i>
4.	Poradnia Wideodermatoskopii – 291 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania – 12.06.2019 r. w RPWDL	<i>Względy organizacyjne, zapewnienie odpowiednich warunków w udzielaniu świadczeń zdrowotnych</i>
5.	Poradnia Medycyny Pracy	Likwidacja komórki – 16.01.2020 r w RPWDL ⁷	<i>Poradnia Medycyny Pracy udzielała świadczeń z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach. Z przyczyn ekonomicznych nastąpiła zmiana organizacji sposobu realizacji świadczeń</i>

⁷ W ramach kontroli dokonano porównania danych zawartych w schemacie organizacyjnym i księdze rejestrowej Szpitala w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2018-2019. Pozycja 5 powyższego zestawienia prezentuje komórki organizacyjną, która została wpisana do księgi rejestrowej poza okresem objętym kontrolą (lata 2018-2019) z uwagi na podjęcie działań (opinia Rady Społecznej, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala) skutkujących wpisem do RPWDL, podejmowanych pod koniec 2019 r., czyli w okresie podlegającym kontroli.

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
			<i>poprzez outsourcing usług.</i>
6.	Blok Operacyjny w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii - Lp.122 w RPWDL	Zmiana nazwy na Zespół Pracowni – Zarządzenie wewnętrzne nr 64/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 19.12.2019 r.	<i>Konieczność zmiany wynikała z potrzeby poprawienia jakości organizacji wewnętrznych komórek organizacyjnych szpitala.</i>
7.	Blok Operacyjny Kliniki Kardiochirurgii – Lp.304 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania komórek – 16.01.2020 r. w RPWDL ⁸	<i>W związku z projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (MZ 840) Szpital rozszerzył listy OPK (Ośrodków Powstawania Kosztów) oraz uzupełnił schemat organizacyjny o wskazane komórki organizacyjne. Komórki te dotychczas funkcjonowały w strukturze Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach jednakże nie były one uwidocznione w schemacie organizacyjnym. Umieszczenie komórek w schemacie organizacyjnym oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) stanowiło usankcjonowanie dotychczasowego stanu faktycznego.</i>
8.	Pracownia USG (Izba Przyjęć Pediatriczna) – Lp. 306 w RPWDL		
9.	Świętokrzyskie Centrum Laseroterapii – Lp. 307 w RPWDL		
10.	Sala zabiegowa Ginekologiczna – Lp. 292 w RPWDL (Klinika Ginekologii i Położnictwa)		
11.	Sala Porodowa z Salą cięć cesarskich – Lp. 293 w RPWDL (Klinika Ginekologii i Położnictwa)		
12.	Ośrodek Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego wraz z Pracownią Diagnostyki Niepłodności – Lp. 294 w RPWDL (Klinika Ginekologii)		

⁸ W ramach kontroli dokonano porównania danych zawartych w schemacie organizacyjnym i księdze rejestrowej Szpitala w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2018-2019. Pozycje od 7-12 powyższego zestawienia prezentują komórki organizacyjne, które zostały wpisane do księgi rejestrowej poza okresem objętym kontrolą (lata 2018-2019) z uwagi na podjęcie działań (opinia Rady Społecznej, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala) skutkujących wpisem do RPWDL, podejmowanych pod koniec 2019 r., czyli w okresie podlegającym kontroli.

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
	i Położnictwa)		
13.	Pracownia Urodynamiki – Lp. 295 w RPWDL (Klinika Ginekologii i Położnictwa)		
14.	Pracownia Diagnostyki ECHO Holter – Lp. 303 w RPWDL (I Klinika Kardiologii i Elektroterapii)		
15.	Blok Operacyjny Kliniki Neurochirurgii – Lp. 296 w RPWDL	Rozpoczęcie funkcjonowania komórek – 16.01.2020 r. w RPWDL ⁹	<i>W związku z projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (MZ 840) Szpital rozszerzył listy OPK (Ośrodków Powstawania Kosztów) oraz uzupełnił schemat organizacyjny o wskazane komórki organizacyjne. Komórki te dotychczas funkcjonowały w strukturze Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach jednakże nie były one uwidocznione w schemacie organizacyjnym. Umieszczenie komórek w schemacie organizacyjnym oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) stanowiło usankcjonowanie dotychczasowego stanu faktycznego</i>
16.	Sale zabiegowe Kliniki Okulistyki – Lp. 297 w RPWDL		
17.	Sala zabiegowa Kliniki Otolaryngologii – Lp. 298 w RPWDL		
18.	Pracownia Diagnostyki Zawrotów Głowy – Lp. 299 w RPWDL (Klinika Otolaryngologii)		
19.	Pracownia Nasofiberoskopii – Lp. 300 w RPWDL (Klinika Otolaryngologii)		
20.	Pracownia Diagnostyczna Echo – Lp. 305 w RPWDL (Świętokrzyskie		

⁹ W ramach kontroli dokonano porównania danych zawartych w schemacie organizacyjnym i księdze rejestrowej Szpitala w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2018-2019. Pozycje od 13 - 20 oraz poz. 21-23 ze strony kolejnej powyższego zestawienia uwidaczniają komórki organizacyjne, które zostały wpisane do księgi rejestrowej poza okresem objętym kontrolą (lata 2018-2019) z uwagi na podjęcie działań (opinia Rady Społecznej, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala) skutkujących wpisem do RPWDL, podejmowanych pod koniec 2019 r., czyli w okresie podlegającym kontroli.

Lp.	Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej medycznej/ lp. RPWDL	Data zaprzestania bądź rozpoczęcia funkcjonowania jednostki/komórki organizacyjnej medycznej wg. RPWDL lub zarządzenia wewnętrznego	Przyczyny zaprzestania/zawieszenia/przekształcenia/rozpoczęcia funkcjonowania komórki organizacyjnej medycznej
	Centrum Neurologii)		
21.	Pracownia USG – Lp. 301 w RPWDL (Klinika Chorób Zakaźnych)		
22.	Pracownia RTG – Lp. 302 w RPWDL (Klinika Chorób Zakaźnych)		
23.	Pracownia Ph-metrii – Lp. 308 w RPWDL (I Klinika Pediatrii II Oddział Chorób Dziecięcych Pododdział Hepatologiczno-Gastroenterologiczny)		

(Dowód: akta kontroli str. 19 – 21 Pisemna informacja radcy prawnego)

Z powyższego Zestawienia wynika, że:

- 1) w 2018 r. 4 komórki organizacyjne (medyczne) rozpoczęły funkcjonowanie (poz.: 1,2,4,6 zestawienia za 2018 r.),
- 2) w 2019 r. 1 komórka organizacyjna (medyczna) rozpoczęła funkcjonowanie (poz. 4 zestawienia za 2019 r.),
- 3) działania (opinia Rady Społecznej, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala) skutkujące wpisem w 2020 r. do RPWDL w przypadku komórek organizacyjnych (medycznych) uwidocznionych w poz.: 7-23 zestawienia za 2019 r., podjęto w pod koniec 2019 r.
- 4) w 2019 r. dokonano likwidacji 3 komórek organizacyjnych (medycznych).
- 5) działania (opinia Rady Społecznej, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala) skutkujące wykreśleniem w 2020 r. z RPWDL w przypadku 1 komórki organizacyjnej (medycznej) uwidocznionej w poz. 5 zestawienia za 2019 r., podjęto w pod koniec 2019 r.
- 6) 3 komórki organizacyjne (medyczne) zmieniły nazwę, w tym: 2 w 2018 r. (poz.: 3,5) , 1 w 2019 r. (poz.: 6).

Mając na uwadze powyższe, w związku z § 15 ust. 3 Statutu Zakładu nadanego przez podmiot tworzący, który stanowi, że *Sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego* kontrolujący zwrócili się ustnie do Dyrektora Szpitala z pytaniem *Czy działania mające na celu rozszerzenie lub ograniczenie działalności medycznej poprzez utworzenie lub likwidację komórek organizacyjnych Szpitala, które miały miejsce w okresie objętym kontrolą były uzgadnianie z Zarządem Województwa ?* (patrz powyższe zestawienia).

W tej kwestii Dyrektor Jednostki Kontrolowanej, w piśmie z dnia 27.02.2020 r., złożył wyjaśnienie w brzemieniu *W związku z prowadzoną kontrolą Podmiotu Tworzącego, w szczególności w zakresie dotyczącym kwestii organizacyjnych wskazuję, iż Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach podejmował czynności obejmujące informowanie Podmiotu Tworzącego o zmianach w strukturze organizacyjnej w latach 2018-2019, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.*

(Dowód: akta kontroli str. 22 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Dodatkowo Koordynator Radców Prawnych wskazała:

1. Uzasadnienie kwalifikacji zmian w strukturze organizacyjnej jako podlegających przedstawieniu Podmiotowi Tworzącemu w trybie przepisu art. 48 ust. 1 pkt b ustawy o działalności leczniczej

W odniesieniu do Zestawienia nr 1, dotyczącego komórek/jednostek organizacyjnych, które zaprzestały/rozpoczęły działalność lub uległy przekształceniu, należy wyróżnić:

- a) Komórki organizacyjne, które zostały zamknięte lub uruchomione bez związku ze zmianą w zakresach udzielanych przez WSZZ świadczeń zdrowotnych, np. poz. 1,2,4 w tabeli za rok 2019. Tego rodzaju zmiany w strukturze organizacyjnej miały charakter porządkowy i dotyczyły sposobu realizacji tego samego zakresu świadczeń zdrowotnych, pozostając bez wpływu na jego rozszerzenie czy ograniczenie.*
- b) Komórki organizacyjne, co do których dochodziło do rozszerzenia zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych ponad dotychczas zakontraktowane przez płatnika świadczeń gwarantowanych, podlegały notyfikacji Pomiotowi tworzącemu na zasadach opisanych w punkcie 2 poniżej.*

Uzupełniająco należy wskazać, że w sytuacji, gdy struktura organizacyjna podmiotu leczniczego jest elementem jego regulaminu organizacyjnego a nie statutu, jakiegokolwiek jej zmiany o charakterze porządkowym nie wymagają udziału podmiotu tworzącego.

2 Przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności w trybie przepisu art. 48 ust. 1 pkt b ustawy o działalności leczniczej.

Z literalnego brzmienia ustawy o działalności leczniczej wynika, iż organem, który dokonuje przedstawienia wobec Podmiotu tworzącego określonych w przepisie art. 48 wniosków i opinii w wymienionych tam sprawach, jest Rada Społeczna. Z tych względów to ten właśnie organ, a nie Dyrektor SPZOZ, jest właściwy do procedowania we wskazanym trybie i posiada w tym zakresie legitymację czynną.

Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie określają formy notyfikacji Podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w przedmiotowych kwestiach, nie narzucając w tym zakresie żadnego trybu, ani nie przewidując jakiegokolwiek terminu. Należy zatem uznać, że przyjęta w tutejszym Szpitalu praktyka informowania przedstawiciela Podmiotu tworzącego w Radzie Społecznej o przedmiotowych okolicznościach w związku z będącą konsekwencją takiej zmiany modyfikacją struktury organizacyjnej wyczerpywała wiążący przez ustawodawcę co do celu tryb postępowania (...).

(Dowód: akta kontroli str. 23 Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, kontrolujący potwierdzają, że jeśli statut nie określa struktury jednostek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego, to właściwym jest kształtowanie ww. struktury w regulaminie organizacyjnym stanowionym przez kierownika, co dopuszcza u.d.l.¹⁰ Kontrolujący wskazują jednak, że podmiot tworzący w nadanym Zakładowi Statucie zastrzegł, że sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego. W związku z powyższym dopiero po zakończeniu ww. procedury Zarząd WŚ może ostatecznie uznać, które z działań Szpitala mają charakter porządkowy i czy są wewnętrzną zmianą organizacyjną publicznego zakładu opieki zdrowotnej, która nie prowadzi do rozszerzenia lub ograniczenia zakresu udzielanych świadczeń. Niewątpliwie przekształcenie polegające na utworzeniu np. Poradni Kardiochirurgicznej, której celem była realizacja nowego zakresu świadczeń, a więc rozszerzenie zakresu działalności zdrowotnej ponad dotychczas zakontraktowane przez płatnika, bezwzględnie wymaga dostosowania się do zapisów Statutu określonych w §15 ust.3. Zdaniem kontrolujących przyjęta w Szpitalu praktyka, tj. *informowanie przedstawiciela Podmiotu Tworzącego w Radzie Społecznej* o zaistniałych w tym zakresie zmianach w strukturze organizacyjnej, nie jest ani skuteczną ani

¹⁰ Art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

prawidłową formą uzgadniania ww. kwestii z organem wykonawczym podmiotu tworzącego, tj. Zarządem Województwa Świętokrzyskiego. W złożonym wyjaśnieniu zwrócono uwagę na fakt, że *Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie określają formy notyfikacji Podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w przedmiotowych kwestiach, nie narzucając w tym zakresie żadnego trybu, ani nie przewidując jakiegokolwiek terminu.* Kontrolujący zgadzają się z powyższą interpretacją, jednocześnie przypominając, iż podmiot tworzący jednoznacznie doprecyzował swoje wymagania związane z uzgadnianiem zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego w nadanym Zakładowi Statucie, w sposób pozwalający Zarządowi Województwa Świętokrzyskiego na czynne monitorowanie procesów zachodzących w podległych mu podmiotach leczniczych.

Badanie zagadnienia pn. *Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym* pozwoliło na ustalenie, że:

- 1) komórki organizacyjne Szpitala ujęte szczegółowo w schemacie organizacyjnym wprowadzonym Zarządzeniem wewnętrznym nr 64/2019 Dyrektora Szpitala w dniu 19.12.2019 r. są zgodne z: jednostkami i komórkami organizacyjnymi wskazanymi w Księdze rejestrowej nr 00000014597¹¹ (stan na 30.01.2020 r.) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego,
- 2) istnieje rozbieżność w nazewnictwie Zakładów Leczniczych za pomocą których Kontrolowana Jednostka wykonuje swoją działalność leczniczą pomiędzy zapisami Statutu, Regulaminu Organizacyjnego jak i Księdze rejestrowej¹², t.j.:
 - w § 4 ust. 5 Statutu Zakłady Lecznicze określono jako: *Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych oraz Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,*
 - w § 3 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego zakłady określono jako: *Zakład Leczniczy Świadczeń Szpitalnych oraz Zakład Leczniczy Świadczeń Ambulatoryjnych,*
 - w Księdze rejestrowej w Dziale I zakłady lecznicze oznaczono jako: *Zakład Świadczeń Szpitalnych oraz Zakład Świadczeń Ambulatoryjnych.*

W związku z powyższym Koordynator Radców Prawnych poinformowała, że *Usunięcie rozbieżności nomenklaturowych oraz porządkowych we wskazanych dokumentach zostanie*

¹¹ Dział II Jednostki organizacyjne zakładów leczniczych i Dział III Komórki organizacyjne zakładu leczniczego i ich profile.

¹² Dział I Oznaczenie podmiotu leczniczego i lista zakładów leczniczych w Zakłady Lecznicze lp. 1 i 2, rubryka 20.

dokonane w terminie do dnia 30.04.2020 r. albowiem wielokrotne i częste zmiany w tej strukturze dotychczas uniemożliwiały jej ujednoczenie.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 23 Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)

Z uwagi na czynności kontrolne trwające w Kontrolowanej Jednostce po 30.04.2020 r., kontrolujący odebrali od Koordynatora Radców Prawnych wyjaśnienie w sprawie realizacji usunięcia rozbieżności nomenklaturowych oraz porządkowych w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym i Księdze rejestrowej, które Podmiot Leczniczy zobowiązał się dokonać do końca kwietnia 2020 r. Zgodnie z treścią pisma z dnia 11.05.2020 r.: *W dniu 02 marca 2020 r. odbyło się posiedzenie Rady Społecznej WSZZ, jednakże z uwagi na nadmiar materiałów merytorycznych szykowanych na to posiedzenie nie zajęto się ujednoczeniem aktów o których mowa. Wskazany zakres został przesunięty na najbliższe posiedzenie Rady Społecznej, której termin nie jest jeszcze wyznaczony.*

(Dowód: akta kontroli patrz str. 23A Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)

W świetle złożonych wyjaśnień należy stwierdzić, że nie dokonano we wskazanym terminie zmian związanych z ujednoczeniem nazw Zakładów leczniczych i nadal istnieją rozbieżności w tym zakresie zarówno w Statucie, Regulaminie organizacyjnym i Księdze rejestrowej prowadzonej dla Zakładu przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

Mając na uwadze art. 24 u.d.l. ust. 2a ustalono, że informacje dotyczące m.in. wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (...), wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny (...), wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być (...) udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością¹³ zostały podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenia na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na Jego stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej.

(Dowód: akta kontroli 24-26 zrzut ekranu strony internetowej i BIP)

Ocena częściowa kontrolowanej działalności

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

¹³ Elementy wymienione w Regulaminie organizacyjnym z dnia 23.09.2019 r.

Pozytywna ocena dotyczy: określenia w regulaminie organizacyjnym niezbędnych elementów przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej; zgodności faktycznej struktury organizacyjnej na poziomie jednostek i komórek organizacyjnych 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.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: braku uzgodnień określonych w § 15 ust. 3 Statutu; braku jednorodnego nazewnictwa Zakładów leczniczych za pośrednictwem, których Szpital wykonuje działalność leczniczą w Statucie, Regulaminie oraz w Księdze rejestrowej.

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Andrzej Domański pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie od 13.01.2015 r. do 23.01.2019 r.
- Pan Bartosz Stemplewski pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach od 24.01.2019 r. i powołany na ww. stanowisko w dniu 8.05.2019 r.

2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano: 2.1. analizę porównawczą wybranych komórek organizacyjnych, 2.2. przebieg procesu udzielania świadczeń, 2.3. prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, 2.4. działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć, 2.5. realizację kontraktów, 2.6. tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością podmiotu leczniczego (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu), 2.7. przeprowadzenie konkursów na wybrane stanowiska (ordynatora, pielęgniarki naczelnej lub przełożonej, itp.), 2.8. udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne, 2.9. ankiety satysfakcji pacjenta, system zarządzania (posiadane certyfikaty/akredytacje), 2.10. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, 2.11. stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej.

2.1. Analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych w okresie objętym kontrolą (prezentacja Oddziałów, Poradni, ilość łóżek, liczba leczonych i udzielonych porad, itp.)

Opis stanu faktycznego

Na podstawie informacji Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych wiadomo, że *W tabelach zestawienia nr 2 wykazano komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturze szpitala, których działalność bezpośrednio przekłada się na finansowanie świadczeń przez NFZ i których działalność podlega sprawozdaniom statystycznym.*

(Dowód akta: kontroli str. 27 Informacja Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

W oparciu o zestawienie nr 2¹⁴ do tej kontroli ustalono, że liczba komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturach Szpitala w 2018 r. kształtowała się następująco: 28 klinik, 13 oddziałów stacjonarnych, 3 oddziały dzienne, 37 poradni, 1 dział fizjoterapii. W 2019 r. zmianie uległa jedynie liczba poradni objętych sprawozdawczością – zwiększenie do 39. Jak wyjaśniła Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych *Wzrost o 2 poradnie wynika z:*

-Poradnia Kardiologiczna została zarejestrowana 08.05.2018 r., z uwagi na złożenie oferty z zakresu AOS na świadczenia kardiochirurgiczne. Ostatecznie od 01.07.2019 r. poradnia posiada kontrakt z NFZ i jest ujęta w statystyce medycznej;

-Poradnia Anestezjologiczno – Konsultacyjna zarejestrowana w księdze jest od lat i prowadzi kwalifikacje dzieci do zabiegów planowych. Wykazywanie do NFZ wykonywanych w niej porad od 2019 r. jest warunkiem koniecznym do rozliczeń z działalności oddziałów (refundacja znieczuleń).

(Dowód: akta kontroli patrz str. 27 – 28 Wyjaśnienie Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych, Zestawienie nr 2 do tej kontroli)

Według zestawienia do nr 3A¹⁵ do tej kontroli ustalono, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu, w ramach leczenia szpitalnego liczba łóżek w 2018 r. wynosiła 1040, natomiast w 2019 r. – 971. Zgodnie z ww. dokumentem w latach 2018 – 2019 w strukturach Szpitala zarejestrowanych było 115 miejsc na oddziałach dziennych¹⁶.

Na podstawie zestawienia dotyczącego ilości łóżek w poszczególnych Klinikach/Oddziałach Szpitala sporządzonym przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji

¹⁴ Zestawienie nr 2 - Liczba Klinik/Oddziałów oraz Poradni/Działów w 2018 i 2019 roku w Kontrolowanej Placówce.

¹⁵ Zestawienie 3A - Liczba łóżek w 2018 r. i 2019 r.

¹⁶ Wg. Rejestru - Oddział Rehabilitacji Diennej ul. Kościuszki 3, Oddział Dzielny Terapii Uzależnienia ul. Grunwaldzka 45, Rehabilitacja Dzielna Kardiologiczna ul. Grunwaldzka 45.

Chorych ustalono, że w 2018 r. zmniejszenie liczby łóżek nastąpiło w następujących komórkach organizacyjnych: Klinika Chirurgii Ortopedyczno – Urazowej (15)¹⁷, Oddział Wewnętrzny I (15), Klinika Chorób Wewnętrznych (2), Klinika Okulistyki (6), Klinika Otorinolaryngologii (8), Klinika Dermatologii (1), I Klinika Kardiologii Elektroterapii (3), II Klinika Kardiologii (3), Klinika Chorób Zakaźnych (2), Klinika Neurologii (4), Klinika Chirurgii Naczyniowej (4), II Oddział Chorób Dziecięcych (2) oraz I Oddział Chorób Dziecięcych (o 4).¹⁸

(Dowód: akta kontroli str. 28 Zestawienie nr 3A do tez kontroli; str.29-30 Zestawienie stan łóżek w Klinikach/Oddziałach Szpitala w latach 2018-2019 r. przekazane przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

Na tą okoliczność Dyrektor Kontrolowanej Jednostki wyjaśnił, że (...) zmniejszenie liczby łóżek w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach nastąpiło w 2018 r. Powyższa decyzja leżała w kompetencji dyrektora podmiotu leczniczego i wynikała m.in. z ustawy o działalności leczniczej. Zmniejszenie liczby łóżek nie spowodowało ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych. Decyzja ta wynikała z głębokiej analizy obłożenia łóżek, liczby zatrudnionego personelu oraz była podyktowana względami ekonomicznymi.

(Dowód akta kontroli str. 31 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Kontrolujący szczegółowej analizie poddali wykonanie usług medycznych w latach 2018 – 2019 w 6 kliniakach/oddziałach oraz w 6 poradniach specjalistycznych (kryterium wyboru: liczba oczekujących na udzielenie świadczenia i średni czas oczekiwania). Poniżej zaprezentowano poszczególne komórki organizacyjne Kontrolowanej Jednostki, dokonując m.in. porównania liczby leczonych pacjentów, ich struktury oraz średniego wykorzystania łóżek w % i w dniach, w okresie objętym kontrolą¹⁹.

1) Klinika Otorinolaryngologii w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.07.2008 r. i posiada 25 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 137 z kodem 4610 nadanym zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia²⁰.

W Klinice Otorinolaryngologii wykonywane są operacje migdałków podniebiennych, operacje przegrody nosa i zatok bocznych nosa wraz z operacjami polipów, operacje guzów

¹⁷ Liczba zlikwidowanych łóżek.

¹⁸ Oba oddziały dziecięce w I Klinice Pediatrii.

¹⁹ Informacje ogólne dotyczące funkcjonowania poszczególnych komórek zasięgnięto z przekazanych w trakcie kontroli informacji dostępnych m.in. na stornach internetowych Szpitala, zestawień do Tez do kontroli; Zestawienie 4 i 4A dotyczy struktury pacjentów i ich liczby w komórkach/ zakresach świadczeń zgodnie z nomenklaturą obowiązującą w ogólnodostępnym on-line Informatorze o terminach leczenia, dodatkowych informacji otrzymanych od pracowników Szpitala, weryfikacji danych w oparciu o Księgę Rejestrową.

²⁰ 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).

łagodnych szyi i krtani, operacje onkologiczne w zakresie chirurgii głowy i szyi oraz operacje otologiczne. Klinika dysponuje nowoczesną aparaturą endoskopii krtani, tchawicy, oskrzeli, gardła, przetyku oraz zatok obocznych nosa. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wyniosła 6332 (w 2018 r. 2857 pacjentów, a w 2019 r. 3475 pacjentów). Zanonowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 618 osób, tj. ok. 21,63 % w stosunku do roku poprzedniego. Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 79²¹,
- pacjenci stabilni – 2624²²,
- spoza kolejki – 3629²³.

Średnie wykorzystanie łózek w 2018 r. wynosiło 68,1%, a w 2019r. oscylowało na poziomie 97,96%, natomiast średnie wykorzystanie łózka w dniach wyniosło odpowiednio 248,58 i 357,56.

2) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej zlokalizowany przy ul. Grunwaldzkiej 45 w strukturach Świętokrzyskiego Centrum Neurologii działa od 1.11.2011 r. i posiada 27 łózek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 197 z kodem 4306.

Oddział posiada dostęp do wielokierunkowych badań diagnostycznych wykonywanych w zależności od potrzeb w pracowniach MRI, TK, ENG, EMG, EEG, badań naczyniowych oraz do konsultacji z każdej klinicznej dziedziny. Kadre oddziału stanowią fizjoterapeuci, neurologopedzi, psychologowie i terapeuci zajęciowi. W większości przypadków oddział przyjmuje pacjentów w różnych stanach klinicznych z innych oddziałów Szpitala.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wyniosła 303 (w 2018 r. 165 pacjentów, a w 2019 r. 138 pacjentów). Zanonowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 27 leczonych, tj. o ok. 16,36% w stosunku do roku poprzedniego. Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 1,
- pacjenci stabilni – 12,
- spoza kolejki – 290.

Średnie wykorzystanie łózek w 2018 r. wynosiło 75,84%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 76,08%, natomiast średnie wykorzystanie łózka w dniach wyniosło odpowiednio 276,81 i 277,7.

²¹ Kryteria ustalane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 poz. 1661).

²² Jak wyżej.

²³ Wszyscy pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala /poradni w trybie innym niż oczekujący.

3) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej zlokalizowany przy ul. Kościuszki 3 w strukturach Kliniki Rehabilitacji działa od 1.01.2011 r. i posiada 5 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 175 z kodem 4306.

Klinika jest dobrze zorganizowanym, nowoczesnym, specjalistycznym ośrodkiem zajmującym się leczeniem schorzeń narządu ruchu, neurologicznych i kardiologicznych. W Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej fizjoterapeuci prowadzą usprawnianie metodami neurofizjologicznymi. Mają dostęp do platformy balansowej, fisioteku, bieżni, cykloergometrów, stepperów, parapodium, pionizerów, wyciągów szyjnych i lędźwiowych oraz UGUL. Zapewniana jest pacjentom opieka psychologa i logopedy.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wyniosła 124 (w 2018 r. 50 pacjentów, a w 2019 r. 74 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 24 leczonych, tj. o ok. 48% w stosunku do roku poprzedniego. Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 64,
- pacjenci stabilni – 22,
- spoza kolejki – 38.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 137,81% a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 148,55%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 503 i 542,2.

4) Klinika Chirurgii, Urologii i Traumatologii dla Dzieci jest jedynym tego typu oddziałem w województwie świętokrzyskim. W strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 30.10.2015 r. i posiada 40 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 235 z kodem 4501.

Klinika ma dostęp do nowoczesnego bloku operacyjnego, który składa się z dwóch dobrze wyposażonych sal operacyjnych. Zakres świadczonych usług zdrowotnych obejmuje: leczenie wad wrodzonych różnych narządów, schorzenia chirurgiczne głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, oparzenia, chirurgię onkologiczną i endokrynologiczną dzieci i młodzieży, urologię.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wyniosła 6932 (w 2018 r. 3550 pacjentów, a w 2019 r. 3382 pacjentów). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 168 leczonych, tj. ok. 4,73% w porównaniu do roku poprzedniego. Struktura leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 1430,
- spoza kolejki – 5502.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 66,41%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 60,74%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 242,4 i 221.

5) Klinika Położnictwa i Ginekologii – jest pełnoprofilowym ośrodkiem o III stopniu referencyjności z zakresu położnictwa i ginekologii, w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od dnia 30.08.1975 r. i posiada 80 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 4 z kodem 4450.

Jako jeden z kilku ośrodków w Polsce posiada Certyfikat Akredytacyjny przyznany przez European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (potwierdzenie standardu i jakości leczenia oraz możliwości szkolenia podyplomowego lekarzy z UE w dziedzinie położnictwa i ginekologii). W skład Kliniki Położnictwa i Ginekologii wchodzi również sala porodowa. W ramach jej funkcjonowania opiekę nad pacjentkami rodzącymi sprawują położne, wyspecjalizowane w prowadzeniu samodzielnej opieki nad fizjologicznie rodzącą kobietą we współpracy z zespołem lekarskim. Klinika zapewnia wysokiej jakości opiekę medyczną także tym kobietom, których ciąża i poród nie przebiegają fizjologicznie. W ramach świadczeń z zakresu szeroko pojętej patologii ciąży hospitalizuje ciężarne z zagrażającym porodem przedwczesnym, ciążą powikłaną, np. nadciśnieniem tętniczym, cholestazą, cukrzycą ciężarnych, łożyskiem przodu, jak również ciężarne leczone kardiologicznie czy nefrologicznie. W klinice istnieje możliwość porodu w znieczuleniu zewnątrzoponowym, po uprzednim zakwalifikowaniu pacjentki przez lekarza anestezjologa. Do dyspozycji pacjentek jest sala porodów rodzinnych, gdzie rodząca może przebywać z osobą towarzyszącą. Klinika dysponuje najnowszymi aparatami KTG i USG, a także systemem ciągłego, całodobowego monitoringu kardiograficznego, prowadzi szkołę rodzenia oraz jedyną w województwie świętokrzyskim Pracownię Diagnostyki Prenatalnej i Echokardiografii Płodowej.

Liczba leczonych pacjentek w okresie objętym kontrolą wyniosła 16064 (w 2018 r. 7864 pacjentek, a w 2019 r. 8200 pacjentek). Zanotowano w 2019 r. wzrost liczby leczonych o 336, tj. ok. 4,27% w porównaniu do roku poprzedniego. Struktura leczonych pacjentek w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 1553,
- spoza kolejki – 14511.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 89,1% a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 88,04%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 325,21 i 321,35.

6) Klinika Okulistyczna – funkcjonuje w strukturach Szpitala od 30.08.1975 r. i posiada 20 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 7 z kodem 4600.

Przyjmuje chorych ze schorzeniami narządu wzroku wymagających leczenia zachowawczego oraz operacyjnego. Lekarze Kliniki świadczą konsultacje w zakresie okulistyki dla innych oddziałów klinicznych szpitala oraz innych placówek ochrony zdrowia z terenu województwa świętokrzyskiego.

W strukturach Kliniki funkcjonują: sala operacyjna, pracownia laserowa, pracownia angiografii fluorescencyjnej. W ramach swojej działalności Klinika wykonuje świadczenia z zakresu: chirurgii zaćmy, chirurgii jaskry, chirurgii powieki i spojówki, leczenia chirurgicznego urazów gałki ocznej i aparatu ochronnego oka, terapii anty-VEGF (zastrzyki doszkliskowe), zabiegi z zakresu chirurgii witreo-retinalnej. W ramach ww. komórki organizacyjnej funkcjonują: pracownia laserowa wykonująca zabiegi m.in. w zakresie zaćmy wtórnej, zabezpieczenia przedarć siatkówki, irydotomii laserowej oraz pracownia diagnostyczna oferująca m.in. badania w zakresie: USG, SOCT, mikroskopu lustrzanego, angiografii fluoresceinowej.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 5868 (w 2018 r. 3140 pacjentów, a w 2019 r. 2728 pacjentów). Zanotowano spadek leczonych o 412 osób w 2019 r., tj. o ok. 13,12% w porównaniu do roku poprzedniego. Struktura leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 58,
- pacjenci stabilni – 169,
- spoza kolejki – 5641.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 68,34%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 57,7%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 249,44 i 210,6.

7) Poradnia Chirurgii Naczyniowej – w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 1.07.2014 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 227 z kodem 1530.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 5861 pacjentów (pilni – 12, stabilni – 298 i spoza kolejki – 5551). W 2018 r. liczba leczonych wynosiła 2234, a w 2019 r. – 3627 (wzrost o 1393), tj. o ok. 62,35% w stosunku do roku poprzedniego.

W latach 2018-2019 w Poradni udzielono łącznie 7092 porady, w tym: w 2018 r. – 3465 porad, a w 2019 r. 3627 porad. Zanotowano zatem wzrost ich liczby o 162 porady. Poradnia w 2018 r. czynna była od poniedziałku do piątku przez 31 godzin tygodniowo. W 2019 r. zmniejszono godziny pracy poradni do 24,45 godzin tygodniowo, co było spowodowane

ograniczeniem wymiaru czasu zatrudnienia specjalisty w Poradni (zmiana dokonana na prośbę lekarza).

8) Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci - w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 30.10.2015 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 250 z kodem 1051.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 2296 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 561 i spoza kolejki – 1735). W 2018 r. liczba leczonych wyniosła 1211, a w 2019 r. – 1085 (spadek o 126 leczonych), tj. o ok. 10,4% w stosunku do roku poprzedniego.

W latach 2018 – 2019 w Poradni udzielono łącznie 3566 porad, w tym: w 2018 r. – 1922 porad, a w 2019 r. 1644 porad. Zanotowano zatem spadek ich liczby o 278. Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 3 dni w tygodniu łącznie przez 12 godzin tygodniowo.

9) Świadczenia z zakresu kardiologii realizowane w dwóch Poradniach:

- Poradnia Kardiologiczna w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 30.08.1975 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 109 z kodem 1100.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 10352 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 20 i spoza kolejki – 10332). W 2018 r. liczba leczonych wyniosła 5213, a w 2019 r. – 5139 (spadek o 74 leczonych), tj. o ok. 1,42% w stosunku do roku poprzedniego. W latach 2018 – 2019 w Poradni udzielono łącznie 31589 porad, w tym w 2018 r. – 16345 porad. Natomiast w 2019 r. udzielono 15354 porad. Zanotowano zatem spadek ich liczby o 991 porad. Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była od poniedziałku do piątku przez 41,20 godzin tygodniowo.

- Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 30.10.2015 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 243 z kodem 1101.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 4966 pacjentów (pilni – 6, stabilni – 745 i spoza kolejki – 4215). W 2018 r. liczba leczonych wyniosła 2718, a w 2019 r. – 2248 (zmniejszenie o 470 leczonych), tj. o 17,29 % w stosunku do roku poprzedniego. W latach 2018 – 2019 w Poradni udzielono łącznie 7799 porad, w tym: w 2018 r. – 4273, a w 2019 r. - 3526 porad. Zanotowano zatem spadek ich liczby o 747 porad.

Poradnia w 2018 r. czynna była od poniedziałku do piątku przez 41,20 godzin tygodniowo. W 2019 r. nastąpiło zmniejszenie tygodniowych godzin pracy Poradni do 34,35 godzin tygodniowo. Bezpośrednią przyczyną zmiany było ograniczenie wymiaru czasu pracy specjalisty (przejsie z pełnego wymiaru etatu na pół etatu).

10) Poradnia Otorynolaryngologiczna – w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 1.07.2008 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 138 z kodem 1610.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 5253 pacjentów (przypadki pilne – 0, jako stabilne – 1273 i spoza kolejki – 3980). W 2018 r. liczba leczonych wyniosła 2699, a w 2019 r. – 2554 (zmniejszenie o 145 leczonych), tj. o 5,37% w stosunku do roku poprzedniego. W latach 2018 – 2019 w Poradni udzielono łącznie 7718 porad, w tym: w 2018 r. – 4 018, a w 2019 r. 3900. Zanotowano zatem spadek liczby porad o 118.

Poradnia w 2018 r. czynna była od poniedziałku do piątku przez 37,20 godzin tygodniowo. W 2019 r. nastąpiła modyfikacja godzin pracy Poradni polegająca na rezygnacji z udzielania świadczeń w godzinach popołudniowych tj. między 14 a 18²⁴.

11) Poradnia Endokrynologiczna – w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 30.08.1975 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 73 z kodem 1030.

W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono 3937 pacjentów (pilni – 3, stabilni – 150 i spoza kolejki – 3784). W 2018 r. liczba leczonych wyniosła 1905, a w 2019 r. – 2032 (wzrost o 127 leczonych), tj. o 6,25% w stosunku do roku poprzedniego. W latach 2018 – 2019 w Poradni udzielono łącznie 6713 porad, w tym: w 2018 r. – 2 951, a w 2019 r. - 3762 porad. Zanotowano zatem wzrost liczby porad o 811 porad. Poradnia w 2018 r. czynna była od poniedziałku do czwartku przez 40,30 godz. tygodniowo. W 2019 r. nastąpiło zmniejszenie pracy poradni do 3 dni w tygodniu i ograniczenie tygodniowej pracy komórki do 31,30 godzin tygodniowo. Bezpośrednim powodem zmiany było wygaśnięcie umowy cywilno – prawnej specjalisty.

(Dowód akta kontroli str. 32 – 33 Zestawienie nr 4,4A sporządzone przez St. Sp. w Dziale Marketingu i Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych, str. 34 – 38 Zbiorcze zestawienie ilości udzielonych porad w poradniach WSzZ w latach 2018-2019; oraz Analiza Oddziałów Szpitalnych za rok 2018/2019 sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych), 39-41 Zestawienie nr 6 sporządzone przez Kierownika Działu Marketingu)

Następnie szczegółowej analizie poddano kolejki oczekujących na przyjęcie do wybranych komórek organizacyjnych na koniec 2018 r. i 2019 r. Według zestawień sporządzonych przez Starszego Specjalistę Działu Marketingu i Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych ustalono, że:

1) w Klinice Otorynolaryngologicznej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Kliniki oczekiwało łącznie 1751 osób, w tym 15 zakwalifikowanych jako przypadki pilne z średnim czasem oczekiwania 27 dni 1736 jako przypadki stabilne z średnim czasem

²⁴ Zarządzenie nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 14 marca 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących czasu pracy poradni przyszpitalnych, wskazuje, że minimalny wymiar pracy poradni ma być nie mniejszy niż 12 godz. tygodniowo bez konieczności udzielania świadczeń pomiędzy godziną 14-18.

oczekiwania – 168 dni. Do września 2019 r. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa była to jedyna kolejka oczekujących jaką prowadzono w tym zakresie, kiedy to zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia²⁵ sposób prezentacji list oczekujących w ramach zakresu otorynolaryngologii został zmodyfikowany. Świadczeniodawców zobowiązano do przekazywania płatnikowi poza listami osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w komórce organizacyjnej, wyodrębnionej listy oczekujących na świadczenia z zakresu „zabiegi na przegrodzie nosowej”. W związku z powyższym na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w Klinice Otorynolaryngologicznej łącznie 1681 osób, w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 19 osób ze średnim czasem oczekiwania 34 dni oraz 1662 jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 169 dni. Z kolei na liście oczekujących na „zabiegi na przegrodzie nosowej” zanotowano łącznie 123 osoby, w tym 0 zakwalifikowanych jako pilne ze średnim czasem oczekiwania 13 dni i 123 przypadki jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 73 dni. Sporządzone zestawienie pokazuje, że łączna liczba osób oczekujących na przyjęcie do Kliniki (w tym na hospitalizację i wykonanie „zabiegu na przegrodzie nosowej”) wynosi 1804 osoby, czyli wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o 53 osoby, a czas oczekiwania na przyjęcie do Kliniki w rezultacie wydłużył się o 1 dzień.

- 2) w zakresie rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych listy oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzone są odrębnie dla:
- Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej przy ul. Kościuszki 3, gdzie na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Oddziału oczekiwało łącznie 18 osób, w tym 5 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 2 dni i 13 jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 148 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 10 osób, w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 2 osoby ze średnim czasem oczekiwania 0 dni oraz 8 jako stabilne z średnim czasem oczekiwania 88 dni.
 - Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej przy ul. Grunwaldzkiej 45, gdzie na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do oddziału oczekiwało łącznie 236 osób, w tym 30 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 0 dni i 206 jako przypadki stabilne z średnim czasem oczekiwania – 584 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 58 osób,

²⁵Rozporządzenie 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.

w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 0 osób z średnim czasem oczekiwania 0 dni oraz 58 jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 0 dni.

W przypadku obu komórek organizacyjnych Szpitala realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych zanotowano w 2019 r. w porównaniu z rokiem poprzednim spadek pacjentów pierwszorazowych oczekujących na udzielenie świadczenia jak i czasu oczekiwania na nie. Znaczące zmiany zaszły w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej przy ul. Grunwaldzkiej 45, gdzie liczba oczekujących na udzielenie świadczenia w kategorii stabilny zmniejszyła się o 148 osób, a średni czas oczekiwania zmniejszył się do 0.

3) w Klinice Chirurgii Urologii i Traumatologii dla Dzieci na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Kliniki oczekiwało 469 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 146 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 385 osób, wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 141 dni. Zmniejszenie w 2019 r. o 84 osoby liczby pacjentów stabilnych oczekujących na przyjęcie do ww. komórki organizacyjnej Szpitala, wpłynął na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego, który skrócił się o 5 dni.

4) w Klinice Położniczo – Ginekologicznej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do oddziału oczekiwało 218 pacjentek, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 78 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 271 pacjentek, wszystkie zakwalifikowane jako stabilne z średnim czasem oczekiwania 91 dni. Przedstawione dane pokazują, że w ww. komórce w 2019 r. wzrosła o 53 pacjentki liczba pacjentów stabilnych oczekujących na przyjęcie do ww. komórki organizacyjnej Szpitala, a czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego wydłużył się o 13 dni.

5) w Klinice Okulistycznej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do oddziału oczekiwało łącznie 55 osób, w tym 11 zakwalifikowanych jako przypadki pilne z średnim czasem oczekiwania 31 dni i 44 jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 105 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 53 osoby, w tym zakwalifikowanych jako przypadki pilne 13 osób ze średnim czasem oczekiwania 18 dni oraz 40 jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 97 dni. Z zaprezentowanych danych wynika, że w okresie objętym kontrolą liczba osób oczekujących na przyjęcie do Kliniki jest porównywalna, natomiast czas oczekiwania na udzielone świadczenie zmniejszył się o 13 dni (przypadki pilne) i 8 dni (przypadki stabilne).

- 6) w Poradni Chirurgii Naczyniowej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni oczekiwało 153 osoby, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 217 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 82 osoby, w tym wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 78 dni. Zaprezentowane dane pokazują, że w 2019 r. zmniejszyła się o 71 osób kolejka oczekujących na udzielenie świadczenia i jednocześnie skrócił się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego o 139 dni.
- 7) w Poradni Gastroenterologicznej dla Dzieci na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni oczekiwało 110 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 83 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 138 osób, w tym wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 139 dni. Zaprezentowane dane pokazują, że w 2019 r. zwiększyła się o 28 osób kolejka oczekujących na udzielenie świadczenia i jednocześnie o 56 dni wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 8) w ramach świadczeń z zakresu kardiologii listy oczekujących na udzielenie świadczenia, w tym zakresie prowadzone są odrębnie dla:
- Poradni Kariologicznej (dla dzieci) przy ul. Grunwaldzkiej 45, gdzie na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni nie odnotowano pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne ani w kategorii pilny ani w kategorii stabilny. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 94 osoby zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 33 dni oraz 94 jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 33 dni.
 - Poradni Kardiologicznej przy ul. Grunwaldzkiej 45 na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni oczekiwało łącznie 142 pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne w tym kategorii pilny 1 pacjent ze średnim czasem oczekiwania 0 oraz 141 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii stabilny ze średnim czasem oczekiwania 104 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 50 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 144 dni. Zaprezentowane dane pokazują, że mimo spadku liczby oczekujących na przyjęcie do poradni o 91 w kategorii stabilny, czas oczekiwania na świadczenie wzrósł o 40 dni.
- 9) w Poradni Otorinolaryngologicznej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni oczekiwało 776 osób, wszyscy zakwalifikowani jako przypadki

stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 7 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 1044 wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 17 dni. Zaprezentowane dane pokazują, że w 2019 r. liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego wzrosła o 268 osób, a czas oczekiwania na świadczenie wydłużył się o 10 dni.

10) w Poradni Endokrynologicznej na koniec 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do Poradni oczekiwało 45 osób, wszyscy zakwalifikowani jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 567 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 1 pacjenta zakwalifikowanego jako przypadek stabilny ze średnim czasem oczekiwania 243 dni. Zaprezentowane dane pokazują, że w 2019 r. liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zmalała o 44 osoby, a czas oczekiwania na świadczenie skrócił się o 324 dni.

(Dowód: Akta od kontroli str. 42-43 Zestawie liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania w wybranych komórkach Szpitala w latach 2018 -2019 sporządzone przez St. Sp. w Dziale Marketingu i Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

Na tą okoliczność Kontrolujący zwrócili się z pytaniem o powód tworzenia się kolejek oczekujących w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala. Starszy Specjalista w Dziale Marketingu i Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych wyjaśnili, że (...) *Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach jest jednostką wieloprofilową prowadzącą często wiele kolejek oczekujących w ramach jednej komórki organizacyjnej. Pomimo odrębności kolejek, pacjenci do nich zapisani nadal korzystają ze wspólnej bazy sprzętowej i osobowej danego oddziału. Terminy, na które zapisywani są pacjenci przeplatają się w tych kolejkach. Samo wydzielenie kolejki na procedurę medyczną z kolejek do komórki organizacyjnej (a tym samym prowadzenie dwóch lub więcej list w oddziale) nie spowoduje skrócenia czasu oczekiwania na daną procedurę, a jedynie ułatwia jej monitorowanie. Przy dużej liczbie oczekujących, lub bardzo długim czasie oczekiwania NFZ może czasowo znieść limity na daną procedurę celem skrócenia kolejki – pod warunkiem że procedura kolejkowa jest świadczeniem wyodrębnionym, a nie rozliczonym w ryczałcie PSZ.*

(Dowód: Akta od kontroli załącznik str. 44 Wyjaśnienie sporządzone przez St. Sp. w Dziale Marketingu i Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, losowo wytypowano do oceny komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach Zakładu Diagnostyki Obrazowej, tj.: Działu

Diagnostyki Obrazowej wpisanym do księgi rejestrowej pod nr 048²⁶, Pracowni Rezonansu Magnetycznego, wpisaną do księgi rejestrowej pod nr 207²⁷ oraz Działu Diagnostyki Obrazowej wpisanym do księgi rejestrowej pod nr 275²⁸. Ustalono, że:

- 1) w strukturach Działu Diagnostyki Obrazowej funkcjonują: Pracownia Tomografii Komputerowej z kodem resortowym 7220 (zwana dalej Pracownią TK), Pracownia USG z kodem resortowym 7210, Pracownia RTG z kodem resortowym 7240,
- 2) w Pracowni Rezonansu Magnetycznego z kodem resortowym 7250 (zwana dalej Pracownią RM) wykonywane są badania rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów dorosłych i dzieci,
- 3) w strukturach Działu Diagnostyki Obrazowej świadczącego usługi na rzecz dzieci funkcjonują: Pracownia Tomografii Komputerowej (zwana dalej Pracownią TK) z kodem resortowym 7220, Pracownia USG z kodem resortowym 7210, Pracownia RTG z kodem resortowym 7240.

Ad.1) W 2018 r. w Dziale Diagnostyki Obrazowej zarejestrowanym w księdze rejestrowej pod nr 048 wykonano łącznie: 87525 badań, w tym: w Pracowni TK – 26247 badań, w Pracowni USG – 18522 badań, w Pracowni RTG – 42756 badań, Według przedstawionego zestawienia w 2019 r. ilość wykonanych badań wzrosła o 185 i wynosiła 87710, w tym w Pracowni TK wykonano 25636 badań (spadek o 611 badań), Pracowni USG – 20 482 badań (wzrost o 1960 badań), Pracowni RTG – 41592 badań (spadek o 1164 badania), Pracowni MR – 4606 badań (wzrost o 631 badań).

W okresie objętym kontrolą łączna liczba badań wykonanych w Dziale Diagnostyki Obrazowej wyniosła 175235 badań.

Ad.2) W 2018 r. w Pracowni MR wykonano 3975 badań, a w 2019 r. – 4606 (wzrost o 613 badań). Łącznie w okresie objętym kontrolą wykonano 8581 badań.

Ad.3) W 2018 r. w Dziale Diagnostyki Obrazowej zarejestrowanym w księdze rejestrowej pod nr 275 wykonano łącznie: 47200 badań, w tym: w Pracowni TK – 2143 badania, w Pracowni USG – 24482 badań, w Pracowni RTG – 20575 badań. Z przedstawionego zestawienia wynika, że w 2019 r. ilość wykonanych badań wzrosła o 3168 badań i wynosiła łącznie 50368, w tym: w Pracowni TK wykonano 2312 badań (wzrost o 169 badań), w Pracowni USG – 25903 badań (wzrost o 1421 badań), w Pracowni RTG – 22153 badań (wzrost o 1578 badań). W okresie objętym kontrolą łączna liczba badań wykonanych w Dziale Diagnostyki Obrazowej wyniosła 97568 badań.

²⁶ Lp.48 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 30.08.1975 r.

²⁷ Lp. 2017 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 01.11.2011 r.

²⁸ Lp. 2017 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 30.10.2015r.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że w ramach AOS Szpital realizuje tzw. świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, które umożliwiają pacjentom z zewnątrz wykonywanie badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Wykazano, że w okresie objętym kontrolą, Pracownie TK i MR były dostępne dla pacjentów z zewnątrz przez pięć dni w tygodniu (Pracownia TK - 25 godz. i Pracownia MR - 45 godz.). Jednocześnie ustalono, iż na koniec 2018 r. na badania kosztochłonne nie odnotowano kolejki oczekujących. Natomiast na dzień 31.12.2019 r. liczba oczekujących na badania MR wynosiła 221 osób ze średnim czasem oczekiwania 102 dni.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 39-41; str. 45 Zestawienie nr 4E sporządzone przez St. Sp. w Dziale Marketingu i Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

Oceniając dostępność do świadczeń, na podstawie przedłożonych do kontroli danych ustalono, że w badanym okresie ilość odmów ogółem w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (zwany dalej SOR) i Izbach Przyjęć funkcjonujących w strukturach Szpitala wyniosła:

- w 2018 r. – 46 613 odmów, w tym w SOR – 37 415²⁹;
- w 2019 r. – 46 519 odmów, w tym w SOR – 36 266³⁰.

W okresie kontrolowanym odmowy występowały we wszystkich Izbach Przyjęć, z wyłączeniem Izby Przyjęć Kliniki Rehabilitacji³¹. Szczegółowe zestawienie pn. *Odmowy Przyjęcia Pacjenta* sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych pozwoliło ustalić, że w 2019 r. liczba odmów wzrosła w: Izbie Przyjęć Kliniki Dermatologii, Izbie Przyjęć Kliniki Chorób Zakaźnych, Izbie Przyjęć Ogólnej Dziecięcej. Kontrolne dane przedstawiające ilość odmów na dzień 31.03.2018 r. i 31.12.2018 r. oraz 31.03.2019 r. i 31.12.2019 r. wskazują, że liczba odmów w większości przypadków ulegała niewielkim wahaniom w poszczególnych kwartałach danego roku. Największe różnice zanotowano w 2018 r. w Izbie Przyjęć Kliniki Chorób Zakaźnych (spadek o 100 odmów w IX. 2018 r. w porównaniu z III. 2018 r.) oraz w Izbie Przyjęć Ogólnej Dziecięcej (spadek o 126 odmów w IX. 2019 r. w porównaniu z III. 2019 r.). W SOR³² natomiast w XII. 2018 r. zanotowano o 528 mniej odmów w stosunku III. 2018 r., a w 2019 r. wzrost liczby odmów w XII.2019 r. o 159 w porównaniu z III.2019 r.

(Dowód: akta kontroli str. 46 Zestawienie nr 5do Odmowy przyjęcia pacjentów sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych)

²⁹ Liczba odmów z SOR obejmuje również odmowy z Izby Ginekologicznej i Kliniki Neurologii, gdzie przyjęcia pacjentów odbywają się w ramach Księgi Głównej 001.

³⁰ Jak w przypisie 24.

³¹ Przyjmowani są wyłącznie pacjenci planowi, w związku z tym nie występują odmowy.

³² Z pominięciem Izby Przyjęć Kliniki Neurologii.

Mając na uwadze specyfikę funkcjonowania SOR i Izb Przyjęć, gdzie tzw. „odmowy” są formą udzielania świadczeń zdrowotnych oraz sposób ich finansowania przez płatnika, Starszy Specjalista Działu Marketingu wyjaśnił, że *Do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Izb Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach zgłasza się/przywożonych jest rocznie przeszło 150 tyś. pacjentów. Są to zarówno pacjenci w trybie planowym, bezpośrednio przyjmowani do Oddziału/Kliniki, oraz pacjenci w trybie nagłym przywiezieni przez Zespół Ratownictwa Medycznego lub samodzielnie zgłaszający się do SOR/IP. Pacjenci w trybie nagłym, po wstępnym zaopatrzeniu w SOR/IP są przekazywani do właściwego Oddziału/Kliniki lub po udzielonej pomocy wypisywani są z SOR/IP lub kierowani do dalszego leczenia pozaszpitalnego – są to tzw. odmowy. Sprawozdawczość do NFZ z SOR i IP (będąca podstawą obliczania Ryczałtu SOR) opiera się wyłącznie na „odmowach”. Procedury wykonywane w SOR/IP pacjentom, którzy zostali przekazani do właściwego Oddziału/Kliniki stanowią część procedur mających wpływ na wyznaczenie JGP (Jednorodnej Grupy Pacjentów) na oddziale rozliczającym usługę.*

(Dowód: akta kontroli str. 47 Wyjaśnienie St. Sp. w Dziale Marketingu)

2.2. Przebieg procesu udzielania świadczeń.

Opis stanu faktycznego

Kontrolujący w toku prowadzonych czynności zapoznali się z przebiegiem udzielania świadczeń medycznych w Kontrolowanej Jednostce dokonując analizy dokumentów wewnętrznych Szpitala, regulujących powyższe kwestie. Ustalono, iż § 7 Regulaminu organizacyjnego z dnia 23.09.2019 r. przywołuje ogólne ramy wykonywania działalności leczniczej pod względem organizacyjnym, formalnym, epidemiologicznym, rejestrowym, uprawnień oraz obowiązków uczestników procesu udzielania świadczeń, np. zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych – ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym³³, zasady udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych³⁴ (zwana dalej u.ś.o.z.), zasady postępowania wobec pacjentów – u.d.l. oraz ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁵. W § 8 ww. dokumentu określono ogólne zasady udzielania świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego

³³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2019. poz. 993 t. j. ze zm.),

³⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1373 t. j. ze zm.).

³⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 t. j.).

(m.in. przyjęcia pacjenta w trybie planowym do Szpitala, przyjęcia pacjenta do SOR i Izby Przyjęć z uwzględnieniem obowiązującego systemu segregacji³⁶, wypisu chorego ze Szpitala). Zasady udzielania świadczeń ambulatoryjnych określa natomiast § 9 ww. Regulaminu, w którym przywołano, iż świadczenia ambulatoryjne z zakresu AOS udzielane są świadczeniobiorcom na podstawie skierowania i dookreślono, że poradnie specjalistyczne czynne są w dni powszednie zgodnie z harmonogramem podawanym do publicznej wiadomości. Dodatkowo Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością poinformowała, że *przebieg procesu udzielania świadczeń medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach został szczegółowo przedstawiony w planach przebiegu procesu, instrukcjach oraz procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.(...) Aktualizacja Księgi procedur, planów przebiegu procesu oraz instrukcji Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością została wydana w 02.01.2018r.*

(Dowód: akta kontroli str.48 Oświadczenie Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością)

Do wglądu przedstawiono wybrane plany przebiegu procesu dla: sterowania procesem leczenia zabiegowego (PP-8.5.1-2), sterowania procesem leczenia zachowawczego (PP-8.5.1-1), przyjęcia pacjenta do szpitala przez SOR oraz izby przyjęć (PP-8.2.-01), przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć ogólnej dziecięcej ŚCP im. Wł. Buszkowskiego (PP 8.2.-02), realizacji usług medycznych w Wojewódzkiej Poradni Pediatrycznej (PP-8.5.1-7), sterowania procesem leczenia w poradniach (PP-8.5.1-6) . Przedstawione przykładowe plany przebiegu procesu leczenia mają na celu zapewnienie wykonania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych zgodnie z przyjętymi przez Szpital wymogami. Plany przebiegu procesu wskazują instrukcje bezpośrednio inicjujące dany proces, zawierają schemat jego przebiegu, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie oraz określają jakie dokumenty powinny zostać wygenerowane w związku z jego realizacją. Każdy plan przebiegu procesu wskazuje osobę odpowiedzialną za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu.

(Dowód: akta kontroli str. 49-55 przykładowe plany Sterowania procesem leczenia zabiegowego i zachowawczego)

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2019 poz. 1213 ze zm.).

2.3 Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Opis stanu faktycznego

Kontrolujący ustalili, iż w okresie objętym kontrolą zmianie ulegały niektóre zapisy u.ś.o.z. Ustalono, iż istotne dla przebiegu kontroli okazały się zmiany dokonane w ww. ustawie z dnia 19.07.2019r. w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia³⁷, bezpośrednio modyfikujące część zapisów dotyczących prowadzenia list oczekujących, które stały się integralną częścią harmonogramów przyjęć. Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii *oczekujący*³⁸ 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.

Powyższe potwierdzili Starszy Specjalista Działu Marketingu i Kierownik Działu Statystyki i Medycznej i Dokumentacji Chorych informując, że (...) *Od 1 lipca 2019 r. kolejki oczekujących weszły w skład harmonogramów. Harmonogramy oprócz pacjentów pierwszorazowych (kolejka oczekujących) zawierają m.in. informacje o pozostałych pacjentach: przyjętych na bieżąco, kontynuujących leczenie, przyjętych na podstawie karty DILO czy przyjęci poza kolejnością (dodatkowe uprawnienia). Wg wymogów NFZ, nawet pacjenci hospitalizowani, którzy są przenoszeni z oddziału na oddział, również muszą zostać wpisani do harmonogramu przez oddział przyjmujący jako kontynuacja leczenia. Wyjątkiem jest szpitalny oddział ratunkowy i oddział intensywnej terapii, dla których nie ma obowiązku prowadzenia harmonogramów.*

(Dowód: akta kontroli str. 56 Informacja sporządzona przez St. Sp. w Dziale Marketingu i Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji Chorych)

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej³⁹ 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 Pacjenta⁴⁰, na potrzeby kontroli Starszy Specjalista Działu Marketingu opisał zasady tworzenia list oczekujących w Szpitalu, informując, że *Listy oczekujących w komórkach organizacyjnych*

³⁷ 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).

³⁸ Oczekujący - pacjent zgłaszający się po raz pierwszy, któremu świadczeniodawca nie jest w stanie udzielić świadczenia w dniu zgłoszenia.

³⁹ Art. 19a ust.6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴⁰ Art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze).

oraz na procedury medyczne prowadzone są w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach zgodnie z art. 20 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47c ww. ustawy. Listy oczekujących w WSZZ Kielce prowadzone są w formie elektronicznej w systemach informatycznych Szpitala:

- AMMS (świadczenia dla dorosłych),
- ESKULAP (świadczenia dla dzieci),
- AP-KOLCE (strona internetowa udostępniona przez NFZ do prowadzenia wybranych list online w czasie rzeczywistym – m.in. Poradnie Endokrynologiczne, Badania TK czy MR).
Na listach oczekujących zapisywani są pacjenci pierwszorazowi.

(Dowód: Akta od kontroli str. 57 Informacja sporządzona przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

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 sposób Jednostka Kontrolowana prowadząc listy oczekujących elektronicznie spełnia wymóg autoryzacji dokonywanych wpisów. Starszy Specjalista Działu Marketingu wyjaśnił, że *Wpisu na listę oczekujących dokonują pracownicy WSZZ Kielce, posiadający własny login w systemie informatycznym szpitala. Celem zalogowania się do systemu wymagane jest również hasło (obligatoryjnie okresowo zmieniane). Wpis w systemie dokonany przez pracownika posiadającego własny login i hasło jest traktowany jako podpisany przez osobę zalogowaną (...).*

(Dowód akta kontroli patrz str. 56 Informacja sporządzona przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

Kontrolujący mając na uwadze art. 23 ust.1 u.ś.o.z. ustalili, że Szpital przekazuje, co miesiąc Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacje wymagane ww. przepisem. Jednocześnie podjęto działania mające na celu doprecyzowanie, czy dotrzymywany jest przez Jednostkę Kontrolowaną termin określony w art. 23 ust. 4 u.ś.o.z. w odniesieniu do informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, zgodnie z zapisem wprowadzonym w lipcu 2019 r. W tym zakresie kontrolujący odebrali od Starszego Specjalisty w Dziale Marketingu wyjaśnienie w treści: *Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach oświadcza, że przekazuje do ŚwOW NFZ informację o listach oczekujących zgodnie z Art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – comiesięczne dane opisane w art. 23 ust.1, oraz raz w tygodniu*

informacje wymagane w art. 23 ust. 4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach uzyskał zgodę NFZ na dalsze przekazywanie informacji o I wolnym terminie w okresach cotygodniowych, a nie codziennych, jak stanowią przepisy.

(Dowód: Akta od kontroli str. 58 Informacja sporządzona przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

Ustalono, iż przedmiotowa zgoda wydawana została przez Świętokrzyski OW NFZ w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (zwanym w skrócie SZOI) służącym do przekazywania danych pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą w dniu 03.07.2019 r. i obowiązywała do 31.12.2019 r.

(Dowód: Akta od kontroli str. 59 Informacja sporządzona przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

2.4 Zespół ds. Oceny Przyjęć

Opis stanu faktycznego

W toku czynności kontrolnych ustalono, że w latach 2018-2019 Zespół ds. Oceny Przyjęć (zwany dalej Zespołem) funkcjonował w oparciu o Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Szpitala⁴¹. Skład powołanego ww. dokumentem trzyosobowego Zespołu był zgodny z wymogami określonymi w art. 21 ust. 2 u.ś.o.z.⁴²

(Dowód: akta kontroli str. 60-61 wyciąg z Zarządzenia Wewnętrznego nr 1/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach z dnia 2 stycznia 2018 r.)

Zgodnie z art. 21 ust.1 pkt. 1 u.ś.o.z. listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym kontroli poddano prawidłowość realizacji zadań Zespołu w kontrolowanym okresie. Dokonano oględzin 24 przedłożonych do kontroli *Protokołów z posiedzenia Zespołu ds. Oceny Przyjęć* oraz dołączonych do nich *Raportów z dokonania przeglądu list oczekujących* i materiałów źródłowych stanowiących bazę sporządzenia ww. dokumentów, tj. *wydruków komputerowych list oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach jak i na określone procedury*. W oparciu o przedłożone materiały kontrolujący ustalili, że Zespół zbierał się w każdym miesiącu 2018 i 2019 roku. Z posiedzeń sporządzano stosownie do art. 21 ust. 5 raporty z oceny i przedstawiano je Dyrektorowi Szpitala.

⁴¹ Zarządzenie wewnętrzne nr 1/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie aktualizacji składów osobowych Zespołów, Komitetów, Komisji działających w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach w załączniku nr 8 ustalało skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć, który w okresie objętym kontrolą nie uległ zmianie.

⁴² Art. 21 ust.2 u.ś.o.z. stanowi, że w skład zespołu oceny przyjęć wchodzi: lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku inna pielęgniarka albo położna.

Treść poszczególnych protokołów zawierała informację, iż w każdym miesiącu Zespół dokonywał analizy list oczekujących w zakresie: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielanych świadczeń. Biorąc powyższe pod uwagę analiza okazanych dokumentów pozwoliła ustalić, że w *Raportach z dokonanego przeglądu list oczekujących za 2018 r.* Zespół posługiwał się sformułowaniem *Listy prowadzone są prawidłowo*, z czego zrezygnował w 2019 r. Z treści protokołów przedłożonych do kontroli nie wynika również, aby Zespół dokonywał analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Ocena dokumentów sporządzanych przez Zespół pozwoliła na ustalenie, że *Raporty z dokonania przeglądu list oczekujących (...)* prezentowały:

- a) liczbę oczekujących w kategorii *stabilny*,
- b) średni czas oczekiwania w kategorii *stabilny*.

Jednocześnie ustalono, że analiza oddziałów/klinik oraz świadczeń zdrowotnych dokonywana była z pominięciem list oczekujących generowanych w komórkach organizacyjnych Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii.

(Dowód: Akta od kontroli str. 62- 68 Protokół z posiedzenia Zespołu ds. Oceny Przyjęć wraz z Raportem z dokonanego przeglądu list oczekujących z dn. 28.12.2018 r.; wydruk komputerowy kolejki oczekujących za grudzień 2018 r. oraz Protokół z posiedzenia Zespołu ds. Oceny Przyjęć wraz z Raportem z dokonanego przeglądu list oczekujących z dn. 30.12.2019 r.; wydruk komputerowy kolejki oczekujących za grudzień 2019 r.)

Dokonane powyżej ustalenia potwierdził Dyrektor Kontrolowanej Jednostki składając wyjaśnienie w brzmieniu (...) *Zespół w następnych protokołach ze swej działalności będzie umieszczał adnotacje dot. prawidłowości prowadzenia dokumentacji związanej z listami oczekujących przypadków pilnych i stabilnych. (...) Zmiany terminów przyjęć pacjentów w listach oczekujących nie były podawane przez poszczególne komórki i dlatego nie były one analizowane. Zespół zobowiąże kierowników poszczególnych komórek do podawania tych danych.(...) Przypadki pilne ze względu na ich szybką realizację, nie były analizowane. (...) Po ujednoczeniu systemów informatycznych Szpitala – Zespół będzie dokonywał analizy list oczekujących Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii. (...)*

(Dowód: Akta od kontroli załącznik nr 69 –Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, niemniej wskazują, że prowadzone przez świadczeniodawców listy oczekujących mają m.in:

- stanowić bazę do uzyskiwania informacji niezbędnych dla określenia zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w placówce,

- być narzędziem rzetelnego monitorowania okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej,
- przyczyniać się do poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeciwdziałać nadużyciom,
- być bazą do uzyskania przez świadczeniobiorców prostej i dokładnej informacji o ich statusie.

W związku z powyższym ustawodawca nie przypadkowo w art. 21 ust. 4 u.o.ś.z. zobligował zespół ds. oceny przyjęć do analizy list oczekujących pod kątem oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. Ten zakres uznał za konieczny i jednocześnie wystarczający do zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców oraz niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej u poszczególnych świadczeniodawców. W związku z powyższym zapisy ww. artykułu nie mogą być realizowane wybiórczo. Podstawą rzetelnej analizy i celności płynących z niej wniosków jest przede wszystkim ocena prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Monitorowanie czasu oczekiwania zaś nie powinno ograniczać się jedynie do pacjentów w kategorii „stabilny”, gdyż określona dla świadczeniobiorcy kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującymi zasadami pacjenci w kategorii „pilny” muszą być realizowani wg kolejności wpisów, przed pacjentami z kategorii „stabilny”. I wreszcie rzetelność przedkładanych Dyrektorowi informacji jest możliwa do uzyskania jedynie w przypadku oceny list oczekujących ze wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala, które mają obowiązek ich prowadzenia.

Na prośbę kontrolujących Starszy Specjalista w Dziale Marketingu sporządził wydruk komputerowy na podstawie, którego dokonano zestawienia przyczyn zmian terminów udzielanych świadczeń w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala w okresie objętym kontrolą. Ustalono, że największe zmiany dotyczyły list oczekujących prowadzonych dla:

- Kliniki Otorynolaryngologii, gdzie m.in. na koniec I kwartału 2018 r.: 26 pacjentów z kategorii stabilny nie zgłosiło się do leczenia, 18 zrezygnowało z oczekiwania; na koniec II kwartału 2018 r.: 26 pacjentów z kategorii stabilny nie zgłosiło się do leczenia, 25 zrezygnowało z oczekiwania; na koniec III kwartału 2019 r.: 287 pacjentów z kategorii stabilny nie zgłosiło się do leczenia, 26 zrezygnowało z oczekiwania; na koniec IV kwartału 2019 r.: 32 pacjentów z kategorii stabilny nie zgłosiło się do leczenia, 9 zrezygnowało z oczekiwania;

- Kliniki Położnictwa i Ginekologii, gdzie m.in. na koniec I kwartału 2018 r.: 13 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania; na koniec II kwartału 2018 r.: 12 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania; na koniec III kwartału 2018 r. (podobnie jak w IV kwartale 2018 r.) 11 pacjentek zrezygnowało z oczekiwania. Również w 2019 r. w ww. Klinice na koniec I kwartału 17 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania; na koniec II kwartału 12 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania; na koniec III kwartału 26 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania; na koniec IV kwartału 20 pacjentek z kategorii stabilny zrezygnowało z oczekiwania.

Podobne zmiany na listach oczekujących ramach AOS w kontrolowanych kwartałach, zarejestrowano np. w Poradni Chirurgii Naczyniowej, Poradni Kardiologicznej dla Dzieci oraz Poradni Endokrynologicznej.

Podjęta przez kontrolujących próba oceny skali zjawiska związanego ze zmianą terminów udzielenia świadczeń miała zaprezentować, że zebrane w ten sposób dane powinny stanowić podstawę do dalszych analiz dla Zespołu ds. Oceny Przyjęć, związanych przede wszystkim z ustaleniem powodu tak dużych ruchów. Zadaniem Zespołu jest bowiem m.in. monitorowanie liczby pacjentów nie zgłaszających się w zaplanowanym terminie do Szpitala czy rezygnujących z oczekiwania, celem wypracowania sposobu optymalizacji działań w tym zakresie.

(Dowód: Akta od kontroli załącznik nr 70 – 73 Wydruk komputerowy sporządzony przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

2.5 Realizacja kontraktów.

Opis stanu faktycznego

Na podstawie zestawień przygotowanych przez Starszego Specjalistę w Dziale Marketingu za lata 2018 -2019 kontrolujący sporządzili zestawienie wartości: zawartych z ŚOW NFZ umów, ostatecznego ich wykonania wraz z podaniem wielkości świadczeń niezrefundowanych przez płatnika. I tak w:

1. 2018 r.: a) wartość umów wraz z aneksami wynosiła – 316 255 324,30 zł, b) wykonanie kontraktu – 315 723 715,47 zł, c)wartość świadczeń niezrefundowanych – 214 759,84 zł ;
2. 2019 r.: a) wartość umów wraz z aneksami wynosiła – 352 049 255,57 zł, b) wykonanie kontraktu 349 596 683,06 zł , c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł.

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na łączną kwotę 668 304 579,87 zł. Natomiast wartość kontraktów zrealizowanych w 2018 r. i 2019 r. wyniosła 665 320 398,53 zł. W porównaniu z 2018 r. wartość podpisanych umów na realizację świadczeń zdrowotnych z Funduszem w 2019 r. wzrosła o 35 793 931,27 zł. Zgodnie z informacją przekazaną przez pracownika Działu Marketingu (...) *Wzrost wynikał ze wzrostu wartości wyceny punktowej świadczeń, zarówno w zakresach wyodrębnionych jak również w ramach Ryczałtu PSZ (powodowało to ponowne przeliczenie wartości ryczałtu przez NFZ), zakontraktowania nowych zakresów (m.in. program pilotażowy trombekomia) (...).*

Na podstawie „Zestawienia umów zawartych z NFZ (..)” ustalono, że przedmiotem kontraktów w okresie objętym kontrolą były m.in.: ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, programy lekowe, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, podstawowy system zabezpieczenia szpitalnego obejmujący ryczałt PSZ – szpital III stopnia, rehabilitacja lecznicza, świadczenia odrębnie kontraktowane, program kompleksowej diagnostyki niepłodności. Dane przekazane kontrolującym pozwoliły na ustalenie, iż w 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo podejmowanych przez Szpital działań odnośnie pokrycia świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, nie zrefundował świadczeń w zakresie: badań echokardiograficznych płodu, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji neurologicznej, chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym i substancji czynnych w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym oraz fizjoterapii ambulatoryjnej. W rezultacie w 2018 r. Jednostka Kontrolowana podpisała ugody na łączną kwotę 1 040 716,86 zł. W 2019 r. Fundusz zrefundował 100% wykonanych świadczeń realizowanych poza ryczałtem PZS – szpital III stopnia. Analiza przedłożonych dokumentów potwierdziła, że w 2018 r. wartość ryczałtu PSZ– szpital III stopnia w umowie zawartej z NFZ wyniosła 196526499,00 zł i na takim poziomie został przez Fundusz zrefundowany. Podobnie w 2019 r. wartość ryczałtu określona w umowie i zrefundowana przez Fundusz wyniosła 205017540,00 zł. Zgodnie z informacją przedłożoną kontrolującym przez Starszego Specjalistę w Dziale Marketingu (...) *założeniem finansowania ryczałtowego jest umożliwienie elastycznego żonglowania przyznanymi środkami finansowymi. Budżety dla poszczególnych zakresów są umowne. Najważniejsze jest, żeby łączna kwota ryczałtu nie została przekroczona ponad 100%, bowiem zgodnie Zarządzeniem Prezesa NFZ kwota ponadryczałtowa nie zostanie sfinansowana. Podmioty lecznicze winny monitorować wykonanie w taki sposób, aby realizacja ryczałtu była na poziomie od 98% do 102%. (...). 2018 r. był pierwszym*

rokiem od początku którego obowiązywał Ryczałt PSZ. Wobec powyższego zarówno podmioty lecznicze jak i NFZ spotkały się z wieloma niewiadomymi co do długości okresów rozliczeniowych, sposobu wyliczania ryczałtu. Na ten rok przypadły również liczne konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, które zgodnie z Rozporządzeniem MZ nie weszły do umowy Podstawowego Systemu Zabezpieczenia (PSZ) ogłaszane dla istniejących umów, w różnych terminach 2018 r. W 2018 r. realizacja ryczałtu PSZ wyniosła 101,13%, a w 2019r. 104,46%(...). W odniesieniu do poddanych szczegółowej kontroli komórek organizacyjnych Szpitala rozliczanych w oparciu o ryczałt, na podstawie ww. informacji ustalono, że (...) *Ginekologia i Położnictwo – oddział realizuje głównie świadczenia położnicze z porodami włącznie. Z roku na rok zwiększająca się liczba porodów (świadczenia wyodrębnione – poza ryczałtem) powoduje ograniczenie możliwości realizacji hospitalizacji rozliczanych ryczałtem (liczba łóżek w Klinice jest stała, bez podziału na łóżka dla pacjentek rodzących i pozostałych)(...)* *Chirurgia Dziecięca – Klinika realizuje budżet na podobnym poziomie w porównywalnym okresie. Ponadto, należy nadmienić, iż zabiegi operacyjne wykonywane przez zespół Chirurgii Dziecięcej na poczet noworodków są rozliczane w zakresie Kliniki Neonatologii. Dodatkowo, każda infekcja u dzieci z zaplanowanym zabiegiem operacyjnym jest podstawą do jego odroczenia, co również przekłada się na poziom realizacji ryczałtu.* *Otarynolaryngologia - po remoncie zakończonym w 2018 roku, odnotowuje się sukcesywny wzrost realizowanych świadczeń. W 2019 roku realizacja kontraktu była większa w porównaniu do 2018 roku o ok. 800 tys. zł. Na 2018 rok budżet Oddziału został zaplanowany na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem nowego wskaźnika dla zakresu otarynolaryngologia dziecięca w wysokości 1,2. Szpital występował do Dyrektora NFZ o rozszerzenie zakresu otarynolaryngologia o zakreskojarzony otarynolaryngologia dziecięca. W konsekwencji nie doszło do rozliczenia świadczeń wskaźnikiem 1,2, ze względu na uchylene w Zarządzeniu Prezesa NFZ zapisu o wspomnianym wskaźniku (Zarządzenie Prezesa nr 134/2018/DSOZ)(...).*

(Dowód: akta kontroli str.73A – 82 Zestawienie umów zawartych z NFZ w latach 2018-2019; Zestawienie nr 8 do tej kontroli złożone przez St. Sp. w Dziale Marketingu)

2.6 Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością podmiotu leczniczego (z wyłączeniem skarg, które podlegają nadzorowi medycznemu

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Jednostce postępowanie w sprawie skarg i wniosków reguluje §13 Regulaminu Organizacyjnego mówiący m.in., iż w kompetencji Dyrektora jest wskazanie osób właściwych do zbadania i rozpatrzenia

skargi stosownie do ich treści, w oparciu o istniejące w Szpitalu zasady. W ramach kontroli przedstawiono dokument pn. „Tryb rozpatrywania skarg i wniosków” z dnia 14.06.2016 r., który określa zasady postępowania w badanym zakresie, m.in. przyjmowania, rejestrowania skarg i wniosków, terminów rozpatrywania, sposobu ich zgłaszania przez pacjentów, rodzinę/opiekuna, a także inną instytucję.

(Dowód akta kontroli str. 83 Dokument pn. Tryb rozpatrywania skarg i wniosków)

W toku kontroli ustalono, iż ww. dokument nie zawiera aktualnych informacji dotyczących osoby pełniącej stanowisko Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta. W związku z powyższym zwrócono się o wyjaśnienie powyższej kwestii. Radca prawny pełniący jednocześnie obowiązki Pełnomocnika ds. pacjentów wyjaśniła, że: *Aktualizacja procedur związanych z prawem pacjentów (...) jest podyktowana przejęciem tego zakresu obowiązków jak również dostosowaniem jeszcze obowiązujących procedur do aktualnych realiów wewnątrzszpitalowych. Aby usystematyzować procedury z tego zakresu, wszystkie zostaną wprowadzone na mocy jednego Zarządzenia Dyrektora, wymieniającego wszystkie z nich. Z dniem 15 maja 2019 r. przejęłam obowiązek pełnienia funkcji Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów po p. Lucynie R. Przyjmuję interesantów zarówno osobiście jak i telefonicznie w godzinach od 7.00 do 14.35, od poniedziałku do piątku lub pod numerem telefonu 41 36 71 330 – zdarzają się również bardzo często przelączenia bezpośrednie przez Sekretariat Dyrektora. Wszystkie procedury są jeszcze aktualne i stosowane w praktyce. W najbliższym okresie czasu (prognozuję jeszcze okres czasu do jednego miesiąca) zostaną wprowadzone nowe, zaktualizowane procedury.*

(Dowód: Akta kontroli str. 84 Wyjaśnienie Radcy Prawnego pełniącego funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta)

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie z uwagi na fakt zweryfikowania na stronie internetowej Szpitala <https://wszkiełce.pl/skargi-i-wnioski> aktualności upublicznionych dla pacjentów informacji, stwierdzając, że ich treść zawiera właściwe dane dotyczące Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta. Niemniej wskazują, iż aktualizacja dokumentów prawa wewnętrznego Jednostki powinna odbywać się niezwłocznie po dokonaniu zmian, tak aby odzwierciedlały one stan faktyczny. Poza tym należy zwracać szczególną uwagę, aby udostępniane dane (Internet, BIP) były tożsame z dokumentami źródłowymi obowiązującymi w Jednostce.

Przystępując do oceny przedłożonych do kontroli Rejestrów wpływających skarg i wniosków za lata 2018-2019 odebrano od Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta oświadczenie w brzmieniu:

Wskazuję, że przedłożone w czasie kontroli rejestry skarg i wniosków za 2018 i 2019 rok zawierają skargi wyłącznie niepodlegające nadzorowi medycznemu.

(Dowód: Akta kontroli str. 85 Wyjaśnienie Radcy Prawnego pełniącego funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta)

Na podstawie ww. rejestrów ustalono, że:

- w 2018 r. do WSzZ wpłynęło łącznie 55 skarg i wniosków, w których: 1 sprawę zakwalifikowano jako „nie skarga”, 1 jako „wniosek”, 1 jako „niedotyczącą Szpitala”, za zasadne uznano 14 skarg, 35 określono jako niezasadne, przy 3 nie dokonano kwalifikacji.
- w 2019 r. do WSzZ wpłynęło łącznie 39, w tym 17 uznano za zasadne, 21 określono jako niezasadne, przy 1 nie dokonano kwalifikacji (odpowiedzi nie przekazano z uwagi na „niepełne dane identyfikacyjne”).

W rejestrach odnotowano m.in. datę otrzymania skargi oraz datę przekazanej odpowiedzi, syntetyczny opis „przedmiotu skargi/wniosku”. Skargi wnoszone w latach 2018 - 2019 na podstawie adnotacji dokonywanych w rubryce pn. *Przedmiot skargi/wniosku* można podzielić na grupy dotyczące m.in.: naruszenia praw pacjenta (np. zastrzeżeń do pracy oraz niestosownego zachowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego/niemedycznego Szpitala), dostępności do udzielanych świadczeń (np. odmowy przyjęcia do Szpitala lub odmowy wykonania badania w AOS czy pracowniach diagnostycznych, nieudzielenia pomocy na SOR, odmówienia obecności opiekunowi prawnemu przy badaniu dziecka), nieprawidłowego funkcjonowania Szpitala (np. nie wydania przy wypisie ze Szpitala karty informacyjnej, braków środków higienicznych lub sprzętu w komórkach organizacyjnych Szpitala, zamiany wyników badań tomografu komputerowego, kradzieży laptopa).

Badaniu poddano 5 losowo wybranych skarg złożonych w 2018 i 2019 roku:

- Bożeny D. - przesłaną drogą mailową do siedziby Szpitala 6.12.2018 r., w sprawie odmowy wykonania pacjentce badania tomografii komputerowej. W dniu 12.12.2018 r. Kierownik ww. komórki organizacyjnej przekazał Pełnomocnikowi ds. Praw Pacjenta Szpitala wyjaśnienie w przedmiotowej sprawie. Rzecznik ds. Praw Pacjenta skierował do skarżącej pismo w dniu 14.12.2018 r., w którym wyjaśnił, że zlecenie wykonania tomografii komputerowej wydane przez lekarza neurologa jest skierowaniem na wykonanie badania w trybie planowym. Izba Neurologiczna zaopatruje pacjentów w trybie ostrym. Skargę uznano za niezasadną.
- Pana Tomasza P. - skierowana drogą e-mailową do Narodowego Funduszu Zdrowia, przekazaną według właściwości do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, celem

przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego z powodu obfitego krwawienia z nosa, poprzedniego dnia. Pobyt pacjentki w SOR rozpoczął się o 18.10 6.12.2019 r. a zakończył wypisem o 00.30 w dniu następnym. W tym czasie chora, z informacji podanych przez skarżącą, miała wykonaną jedynie konsultację laryngologiczną (po interwencji opiekuna), nie zlecono żadnych badań. Pacjentce nie pozwolono podać w międzyczasie leków (chora m.in. na cukrzycę). Powyższe zakończyło się w ocenie skarżącej pogorszeniem stanu zdrowia pacjentki. W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za zasadną. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa pismem z dnia 18.02.2019 r. przekazał drogą mailową odpowiedź w przedmiotowej sprawie.

Na podstawie przedłożonej do kontroli dokumentacji ustalono, że skargi rozpatrywane były w terminie określonym w art. 237 § 1 Kodeksu Postępowania Administracyjnego⁴³, czyli w ustawowo określonym terminie.

Według wyjaśnienia przekazanego przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta wiadomo, że w trakcie posiedzeń Rady Społecznej Szpitala informacja o aktualnych na dany czas skargach jest przekazywana Członkom Rady w formie ustnej.

(Dowód: Akta kontroli str. 86 Wyjaśnienie Rady Prawnego)

Na podstawie informacji przekazanej przez radcę prawnego potwierdzonej okazanymi protokołami z posiedzeń Rady Społecznej kontrolujący ustalili, że skargi niepodlegające nadzorowi medycznemu zostały omówione na posiedzeniach w dniach: 28.02.2018 r., 18.05.2018 r., 2.10.2018 r., 26.11.2018 r. oraz 15.05.2019 r., 23.09.2019 r., 18.12.2019 r.

(Dowód: Akta kontroli str. 87 Wyjaśnienie Rady Prawnego)

2.7 Przeprowadzenie konkursów na wybrane stanowiska (ordynatora, pielęgniarki naczelnej lub przełożonej, itp.)

Opis stanu faktycznego

Według pisemnego oświadczenia Dyrektora Szpitala z dnia 20.02.2020 r. *W okresie objętym kontrolą stanowiska wskazane w wykazie zestawienia nr 7⁴⁴ do tej kontroli przeprowadzanej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach nie zostały obsadzone w wyniku postępowania konkursowego.*

(Dowód: akta kontroli str. 88 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

⁴³ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2018 poz.2096 t. j ze zm.)

⁴⁴ Wykaz nr 7 dotyczy konkursów na wybrane stanowiska w okresie objętym kontrolą.

Według informacji Głównego Specjalisty Działu Kard i Szkolenia w Podmiocie Leczniczym na umowę o pracę zatrudnionych jest: *na stanowisku kierownika kliniki/oddziału – 28 osób, a na stanowisku pielęgniarki koordynującej klinikę/oddziałem – 33 osoby.*

(Dowód: akta kontroli str. 89 Informacja Głównego Specjalisty Działu Kadr i Szkolenia)

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono kwalifikacje losowo wybranych osób mianowicie: Kierownika I Kliniki Kardiologii, Pielęgniarki Koordynującej w Klinice Anestezjologii nr 2, Pielęgniarki Koordynującej Kliniki Chorób Zakaźnych pod kątem wymagań szczegółowo określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴⁵.

Według załącznika do ww. rozporządzenia 1) kierownik komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (...) powinien posiadać m.in. wyższe wykształcenie medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny (...) oraz 5 lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje⁴⁶; 2) od pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek wymagany jest m.in. tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo (...) i 1 rok pracy w szpitalu⁴⁷.

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie okazanych dokumentów ustalono, że:

- 1) kierownik I Kliniki Kardiologii zatrudniona w Szpitalu od 01.04.1988 r. posiadająca dyplomy ukończenia studiów Akademii Medycznej w Warszawie, specjalisty w dziedzinie hipertensjologii⁴⁸, specjalisty II stopnia w zakresie kardiologii⁴⁹;
- 2) pielęgniarki koordynujące zatrudnione w Szpitalu od 01.02.2010 r. i od 14.02.2008 r. ukończyły studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo odpowiednio w: Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach – Wydział Lekarski Oddział Pielęgniarski i na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach – Wydział Nauk o Zdrowiu. Ponadto dysponują dyplomami⁵⁰ potwierdzającymi uzyskanie tytułu pielęgniarki specjalisty w dziedzinie

⁴⁵Rozporządzenie MZ z dn. 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896)

⁴⁶Pkt 3 Załącznika do rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

⁴⁷Pkt 26 Załącznika do rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

⁴⁸Dyplom wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi (nr 0788/2012.1/5 z dnia 26.04.2012 r.).

⁴⁹Dyplom wydany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (nr 7114/23/II/1990 r. z dnia 12.04.1990 r.)

⁵⁰Dyplomy wydane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie (odpowiednio nr 26074/14 z dn. 15.09.2014 r., nr 12372/10 z dn. 22.11.2010 r.)

pielęgniarstwa zachowawczego (koordynująca Kliniki Chorób Zakaźnych), pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (koordynująca w Klinice Anestezjologii)

2.8 Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne

Opis stanu faktycznego

Według zestawienia sporządzonego przez Kierownik Działu Marketingu, w latach 2018-2019, Podmiot Lecznicy przeprowadził na realizację świadczeń zdrowotnych łącznie 19 konkursów ofert⁵¹ i 133 postępowania bez przeprowadzenia konkursu.

W roku 2018: 1) w trybie konkursu ofert przeprowadzono łącznie 9 postępowań, w tym: 8 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny i 1 postępowanie na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego; 2) bez przeprowadzenia konkursu ofert przeprowadzono łącznie 53 postępowania, w tym: 49 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 4 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

W roku 2019: 1) w trybie konkursowym przeprowadzono łącznie 10 postępowań w tym: 9 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 1 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego, 2) bez konkursu przeprowadzono łącznie 80 postępowań, w tym: 78 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 2 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

W efekcie ww. działań w latach 2018-2019 zawarto łącznie 249 umów, z tym, że:

1) w roku 2018 r. Podmiot Lecznicy podpisał:

- 46 umowy w trybie konkursowym w tym: 43 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 3 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 53 umowy bez przeprowadzenia konkursu w tym: 49 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 4 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego;

2) w roku 2019 r. Podmiot Lecznicy podpisał:

⁵¹ W związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej z dn. 15.04.2011 r. (Dz. U. z 2018 poz. 2190 ze zm.)

- 70 umów w trybie konkursowym w tym: 66 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 4 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 80 umów bez przeprowadzenia konkursu w tym: 78 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 2 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego.

(Dowód: akta kontroli str. 90 Zestawienie Kierownika Działu Marketingu)

Szczegółowym badaniem objęto konkurs ofert na *Pełnienie dyżurów kontraktowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej – pełniącego obowiązki pierwszego dyżurnego.*

Przed wszczęciem kontrolowanego konkursu Szpital ustalił wartość szacunkową zamówienia⁵², dokonał opisu przedmiotu zamówienia w *szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych* (dalej SWKO)⁵³, zawierających m.in. takie elementy jak: kody CPV, określenie przedmiotu zamówienia, kryteria oceny ofert⁵⁴, wymagania od oferentów, sposób obliczania punktów za poszczególne kryteria, opis sposobu przygotowania ofert, a w załącznikach: formularz ofertowy, wymagane od świadczeniodawców oświadczenia, projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W dniu 11.03.2019 r. Podmiot Lecznicy upublicznił informację o konkursie ofert zamieszczając ogłoszenie na tablicy ogłoszeń i SWKO na stronie internetowej Szpitala.

Do przeprowadzenia konkursu ofert Dyrektor pismem z dnia 06.03.2019 r. powołał komisję konkursową w czteroosobowym składzie do prowadzenia konkursu i dokonania oceny ofert.

(Dowód: akta kontroli str. 91-108 wartość szacunkowa, Szczegółowe warunki konkursu ofert wraz z załącznikami, Ogłoszenie o konkursie, Powołanie komisji konkursowej)

Oferty⁵⁵ lekarzy zawierające m.in. dokumenty o ich kwalifikacjach, uprawnieniach, informację o doświadczeniu zawodowym, wysokości wynagrodzenia oraz oferowanej liczbie godzin

⁵²od IV-XII2019 r. na kwotę 1 320,000,00 zł od I-XII2020 r. na kwotę 1756 800,00 zł – łączna maksymalna wartość zamówienia IV2019-XII2020 – 3 076 800,00 zł.

⁵³Szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych – pełnienie dyżurów kontraktowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (...) zostały zatwierdzone przez p.o. Dyrektora Szpitala – dokument upubliczniono na stronach Podmiotu Lecznicy w dniu 11.03.2019 r.

⁵⁴jakość – 15 %, kompleksowość – 15 %, dostępność – 15 %, ciągłość – 15%, cena – 40 %.

⁵⁵Wpłynęło 9 ofert.

świadczenia usług zdrowotnych w danym miesiącu wpłynęły w ustalonym terminie tj. do 22.03.2019 r. do godz.12.00. Według treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu⁵⁶ komisja konkursowa dokonała oceny wszystkich złożonych ofert wg. przyjętych kryteriów i dokonała wyboru 8 z nich. Oferta jednego lekarza została odrzucona ze względu na podanie w formularzu ofertowym ceny za 1 godzinę dyżuru w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym o 50,00 zł wyższa niż oczekiwana przez Szpital. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostało zamieszczone na stronie internetowej Szpitala oraz na tablicy ogłoszeń.

W dniu 28.03.2019 r. podpisano siedem umów⁵⁷, gdyż według wyjaśnienia pisemnego z dnia 25.02.2020 r. złożonego przez Kierownika Działu Marketingu, dotyczącego oferenta Prywatna Praktyka Lekarska Koziar N. *Na ogłoszony przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach konkurs(...) zgłosił się w/w oferent Prywatna Praktyka Lekarska Koziar N., którego oferta wg kryteriów określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert została oceniona na 100 pkt. Oferent nie przyjął wysłanej pocztą umowy a w rozmowie telefonicznej przekazał kierownikowi SOR decyzje o rezygnacji z pełnienia dyżurów kontraktowych w SOR WSZZ w Kielcach (...).*

(Dowód: akta kontroli str. 109-111 Wyjaśnienie Kierownik Działu Marketingu)

Kontrolujący zwrócili uwagę na fakt podpisania umów z oferentami bez uwzględnienia zapisu art. 154 ust. 1 u.ś.o.z, który zabezpiecza interes uczestników postępowania konkursowego poprzez umożliwienie wniesienia odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

W tej kwestii odebrano od Dyrektora Podmiotu Leczniczego wyjaśnienie w treści (...) *W toku prowadzonych postępowań konkursowych Udzielający zamówienia Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach dążył do zapewnienia oferentom warunków konkurencyjności, będąc wszakże równocześnie zobowiązany do zapewnienia ciągłości zabezpieczenia poszczególnych zakresów działalności leczniczej, z uwagi na co organizował konkursy w odpowiednich terminach, zaś w sytuacji uzasadnionej okolicznościami konieczności pilnego zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, dążył do odbierania od oferentów ustnych deklaracji w przedmiocie rezygnacji z korzystania przez nich ze środków prawnych przysługujących w ramach postępowania konkursowego, celem wyeliminowania formalnych przeszkód w zawarciu umowy z wyłonionymi w konkursie Przyjmującymi zamówienie przed*

⁵⁶ Dokument stanowił równocześnie protokół z posiedzenia Komisji.

⁵⁷ na okres od 01.04.2019 r. do 31.12.2020 r.

upływem terminów na skorzystanie ze wskazanych instrumentów prawnych przez pozostałych oferentów.

(Dowód: akta kontroli str. 112 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Kontrolujący uznają, że w przypadku wyższej konieczności Udzielający zamówienia odbierał od świadczeniodawców ustne deklaracje w przedmiocie rezygnacji do korzystania przez nich z możliwości złożenia odwołania w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania i zawarł umowy przedmiotem których było pełnienie dyżurów w SOR. Przyjmują zatem wyjaśnienie mając na uwadze, że wyżej opisana praktyka ma charakter incydentalny oraz to, że konieczność zachowania ciągłości udzielanych świadczeń w SOR jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania całego Szpitala i zabezpieczenia medycznego pacjentów w powiatu kieleckim oraz województwa świętokrzyskiego (w tym w stanie zagrożenia życia).

Szczegółowej analizie pod kątem ilości wykonanych dyżurów, terminowości i prawidłowości wypłat wynagrodzenia (za IV kwartał 2019 r.) poddano cztery umowy podpisane z:

- 1) Dorotą Adamczyk-Krupską Praktyka Lekarska z/s w Kielcach – umowa nr 19/K/2019;
- 2) Piotrem Daszkiewiczem prowadzącym Specjalistyczną Praktykę Lekarską z/s w Gogolinie – umowa nr 21/K/2019;
- 3) Michałem Kopką z/s w Otwocku – umowa nr 22/K/2019;
- 4) Karoliną Jurys Praktyka Lekarska, IN SITU z/s w Krakowie – umowa nr 24/K/2019

Z tytułu realizacji przedmiotu ww. umów tj. wykonywania świadczeń zdrowotnych, realizowanych w ramach tzw. dyżurów kontraktowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym strony ustaliły wynagrodzenie ryczałtowe brutto w wysokości 200,00 zł za 1 godz. dyżuru w dzień powszedni, świąteczny, sobotę lub niedzielę, co w przeliczeniu dawało:

a) *za udzielanie świadczeń zdrowotnych (...) 16 godzin 25 minut – 3 284,00 zł*

12 godzin – 2 400,00 zł

24 godziny – 4 800,00 zł

b) *za udzielanie świadczeń zdrowotnych (...) w dzień świąteczny, sobotę lub niedzielę:*

12 godzin – 2 400,00 zł

24 godziny – 4 800,00 zł

Udzielający zamówienie był zobowiązany wypłacać wynagrodzenie do 20-tego dnia następnego miesiąca po miesiącu realizacji świadczeń, na podstawie rachunku przedłożonego w terminie do 5-tego dnia miesiąca następnego po miesiącu realizacji świadczeń wraz z wykazem zrealizowanych dyżurów kontraktowych zatwierdzonych, pod względem merytorycznym oraz wartościowym przez kierownika/ordynatora oddziału.

Na podstawie okazanych faktur: nr 10/2019 z dnia 27.10.2019 r., nr 11/2019 z dnia 30.11.2019 r., nr 12/2019 z dnia 29.12.2019 r., nr 21/2019 z dnia 22.10.2019 r., nr 23/2019 z dnia 30.11.2019 r., nr 26/2019 z dnia 16.12.2019 r., nr 30/2019 z dnia 31.10.2019 r., nr 34/2019 z dnia 30.11.2019 r., nr 37/2019 z dnia 31.12.2019 r., nr 2/10/2019 z dnia 31.10.2019 r., nr 1/11/2019 z dnia 30.11.2019 r., nr 1/12/2019 z dnia 19.12.2019 r. – przedłożonych w umownym terminie wraz z zestawieniami zrealizowanych dyżurów w miesiącach październik - grudzień 2019 r.⁵⁸ i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych datach.

Na podstawie ww. dokumentów ustalono, że w IV kwartale 2019 r. Szpital wydatkował łącznie 175 004 zł w związku z realizacją przez świadczeniodawców 875,20 godzin dyżurów łącznie.

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

Opis stanu faktycznego

Na podstawie informacji udzielonej przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta (jednocześnie Radcę Prawnego) w piśmie z dnia 27.02.2020 r. potwierdzonej okazanymi dokumentami źródłowymi ustalono, że w latach 2018 – 2019 w Podmiocie Leczniczym obowiązywały Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala: nr 1/2018 z dnia 02.01.2018 r., nr 24/2018 z dnia 17.05.2018 r., nr 16/2019 z dnia 19.03.2019 r. oraz nr 27/2019 z dnia 30.05.2019 r. w sprawie aktualizacji składów osobowych Zespołów, Komitetów, Komisji działających w Szpitalu w tym *Zespołu ds. badania opinii pacjentów*. Każdy z ww. dokumentów określał zadania Zespołu w następujący sposób: *1) Regularne, wszechstronne badanie opinii pacjentów; 2) Badanie przeprowadzane zgodnie z określoną i przyjętą metodologią prowadzenia badań społecznych oraz zgodnie w wykorzystaniem właściwego narzędzia; 3) Analiza wyników badań i przedkładanie wniosków Dyrekcji – w okresach półrocznych*

⁵⁸ Karty zarobkowe za dyżury kontraktowe zatwierdzone przez Kierownika lub Zastępcę Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

tj. co 6 miesięcy; 4) Prowadzenie projektów poprawy w oparciu o dane uzyskane z monitorowania i pomiarów, ocena efektów wprowadzanych zmian.

Ocena satysfakcji pacjentów w Podmiocie Leczniczym opiera się o dokument pn. Plan przebiegu procesu PP-8.2.1-01 (wydanie V z dnia 22.03.2017 r.).

Biorąc powyższe pod uwagę kontrolujący poprosili o dokumentację dotyczącą badania opinii pacjentów w Zakładzie za lata 2018 – 2019. W odpowiedzi otrzymali pisemną informację Pełnomocnik, w brzmieniu *Za okres kiedy to przewodniczącym Zespołu była p. Lucyna R. nie zostały mi przekazane protokoły prac Zespołu jak również analizy zebranych ankiet. Nie posiadam innej dokumentacji na te okoliczności. Jednakże zaznaczam, że z informacji przekazanych przez pozostałych członków Zespołu wynika, że Zespół realizował swoje zadania i organizował zebrania.*

W związku z przejściem przeze mnie obowiązków Pełnomocnika ds. pacjenta i związanym z tym wdrożeniem się w drugim półroczu 2019 r. nie zostało zwołane posiedzenie Zespołu. Z uwagi na to, iż w ostatnich kilku tygodniach przekazywano mi z Klinik/Oddziałów zbiorcze ankiety satysfakcji pacjentów za drugie półrocze 2019 r. W marcu b.r. wyznaczę termin na posiedzenie Zespołu – planuję zwołać posiedzenie tego zespołu. Wówczas nastąpi podsumowanie za okres od 15 maja 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. oraz bieżącego okresu tj. ok. 01 stycznia 2020 r. do dnia zwołania zebrania.

Zaznaczam, że trwają końcowe prace nad aktualizacją wszystkich dokumentów i procedur podlegających pod merytoryczną kompetencję pełnomocnika ds. praw pacjentów. Aktualizacja polega na stworzeniu, w oparciu o te aktualne obowiązujące, bardziej czytelnych i zrozumiałych procedur, uregulowaniu praktycznych rozwiązań, itp.

(Dowód: akta kontroli str. 113- 11D Informacja Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta wraz z Planem Przebiegu Procesu PP-8.2.1-01 Ocena satysfakcji pacjentów)

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, niemniej po raz kolejny wskazują, na opieszałość prac związanych z aktualizacją dokumentów prawa wewnętrznego. Rozbieżność pomiędzy treścią obowiązujących w Jednostce dokumentów, a stanem faktycznym, w tym przypadku, nosi znamiona braku skutecznego monitorowania stopnia zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych w Podmiocie Leczniczym. Kontrolujący zwracają uwagę, że anonimowa ankieta satysfakcji pacjenta będąca podstawowym narzędziem oceny jakości świadczonych usług jest źródłem wiedzy o zarządzanej placówce, bowiem ma dostarczyć zarządzającym informacji m.in. na temat:

- poziomu spełnienia wymagań pacjenta,

- zgodności świadczonych usług z obowiązującymi wymaganiami,
- obszarów, które należy doskonalić,
- respektowania prawa pacjenta do informacji, itp.

Na podstawie wykazu sporządzonego przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że Podmiot Lecznicy w dniu 22.04.2019 r. uzyskał Certyfikat ISO 9001:2015 Nr NC-3113 z mocą obowiązywania do 21.04.2022 r. wraz z załącznikami wydany przez Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego Rejestru Statków S.A. z/s w Gdańsku w zakresie: leczenie szpitalne, leczenie szpitalne wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne programy zdrowotne (lekowe), leczenie szpitalne chemioterapia, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, świadczenia odrębnie kontraktowane.

Dodatkowo Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością poinformowała, że do czerwca 2020 r. obowiązuje Certyfikat Akredytacyjny potwierdzający *spełnienie przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach w zakresie działalności przedsiębiorstwa świadczeń szpitalnych standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.*

(Dowód: akta kontroli str.114-116B Zestawienie Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz Certyfikatem)

2.10 Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy, analityki kont)

Opis stanu faktycznego

Podmiot Lecznicy 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 zdrowotnych⁵⁹. Szczegółowy zakres ww. ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną do 1.06.2019 r. określało Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r.⁶⁰

⁵⁹ Zgodnie z Art. 25 ust. 1 pkt 1) u.d.l.

⁶⁰ Rozporządzenie MF z dn. 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293 poz. 1729) zmienione Rozporządzeniem MF z dn. 29.04.2019 r. (Dz.U. poz.866).

Na podstawie wykazu sporządzonego przez Pracownika Szpitala w zastawieniu z okazanymi dokumentami źródłowymi (w tym: polisy, umowy generalnej, analityki kont) ustalono, że Pomiot Lecznicy:

- 1) w roku 2018 posiadał polisę nr AN1 00B90001⁶¹ - okres ubezpieczenia - od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.- suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia - 500 000,00 euro, na jedno zdarzenie – 100 000,00 euro – składka w złotych -428 706,00 zł płatna w czterech ratach: I rata do 15.01.2018 r., II rata do 15.02.2018 r., III rata do 15.03.2018 r., IV rata do 31.08.2018 r.

Na podstawie okazanej analityki kont (konto 249-6-1 Ubezpieczenie mienia i OC PZU) ustalono, że II rata składki została opłacona 19.02.2018 r. czyli 4 dni po wyznaczonym terminie.

W tej kwestii Główna Księgowa w piśmie z dnia 20.02.2020 r. wyjaśniła, że w wyniku *nieoczekiwanych błędów systemowych w programie informatycznym „HEX Przelewy” dyspozycja płatności dla Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych PZU Wzajemnych na kwotę 123.934,00 zł nie została wygenerowana do exportu na dzień 15.02.2018 r. Po weryfikacji wyżej wymieniony przelew został wykonany 19.02.2018 r. Na kwotę 123 934,00 zł wchodzi następujące polisy: AN100B90001 kwota 107 177,00 zł, AN400B90002 kwota 15 283,00 zł, AN300B90003 kwota 1 474,00 zł.*

(Dowód: akta kontroli str. 117 – 1119 Analityka kont, Wyjaśnienie Głównej Księgowej)

- 2) w roku 2019 posiadał *umowę generalną ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczenia mienia*⁶². Według treści zawartej umowy okres ubezpieczenia dla ryzyk odpowiedzialności cywilnej został podzielony na 3 roczne okresy ubezpieczenia w tym m.in.: I okres ubezpieczenia – od 01.01.2019 r. - 31.12.2019 r.⁶³ (...); składka ubezpieczeniowa miała zostać opłacona w każdym okresie rozliczeniowym w 12 ratach płatnych wg harmonogramu zgodnie z polisami a wysokość poszczególnych rat określać miały polisy ubezpieczeniowe – dla każdego dwunastomiesięcznego okresu ubezpieczenia wystawnie odrębnie.

Mając powyższe na uwadze ustalono, że jedną z polis umowy generalnej (...) jest Polisa nr EN1 00B90008 – okres ubezpieczenia – od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r. – suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia – 500 000,00 euro, na jedno zdarzenie – 100 000,00

⁶¹ Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego – GR N1. Polisa wystawiona przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych z/s w Warszawie.

⁶² Umowa zawarta w dn. 14.11.2018 r. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach a Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych Polskim Zakładem Ubezpieczeń Wzajemnych z/s w Warszawie na okres 36 miesięcy tj. od 01.01.2019 r. do 31.12.2021 r.

⁶³ Okres objęty kontrolą.

euro – składka w złotych – 426 130,00 zł – płatna w dwunastu ratach płatnych do 15 każdego miesiąca. Na podstawie analityki kont (konto 249-6-1 Ubezpieczenie mienia i OC PZU) ustalono, że płatność składek dokonywana była w wyznaczonych terminach.

(Dowód: akta kontroli str.120 - 133B Zestawienie, Umowa Generalna, Polisy, analityka kont za 2019r.)

2.11 Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – umowy serwisowe, stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

Według informacji uzyskanej od Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej Podmiot Leczniczy w 2018 r. posiadał 5008 szt. aparatury medycznej, zaś w 2019 r. ilość ta zwiększyła się o 54 sztuki i wyniosła 5062 sztuk.⁶⁴

(Dowód: akta kontroli str. 134 Informacja Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej)

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Leczniczym funkcjonuje Instrukcja IN-7.1.3. (wyd. III z dnia 02.01.2018 r.) przedmiotem, której jest m.in. *przestrzeganie planowanej konserwacji aparatury*. Stosownie do pkt 4.3. *Instalacje i aparatura medyczna ww. dokumentu przeglądy aparatury medycznej szpitala przeprowadzane są okresowo, (...). Odbywa się to na podstawie sporządzonego wcześniej harmonogramu przez wyznaczone do tego osoby spośród pracowników komórek Działu Nadzoru i Napraw Sprzętu Medycznego. (...)*

Natomiast w przypadku awarii zgłaszanych przez personel Szpitala do Działu Technicznego (na stosownych drukach) pracownicy podejmują decyzję o wykonaniu naprawy bądź skierowania zgłoszenia do autoryzowanego serwisu. Mając powyższe na uwadze Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej, w trakcie czynności kontrolnych, przedstawił harmonogramy przeglądów aparatury medycznej, z podziałem na poszczególne miesiące, oddziały/poradnie/laboratorium oraz przykładowy druk pn. *Zgłoszenie usterki* zawierający niezbędne informacje do przeprowadzenia naprawy i zwrotu aparatury do komórki zgłaszającej awarię.

(Dowód: akta kontroli str. 135-137 Przykładowy Harmonogram Przeglądów 2019 r., oraz Druk – Zgłoszenie usterki)

⁶⁴ Dane inwentaryzacyjne.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej ustalono, że Podmiot Lecznicy, w latach 2018-2019 podpisał łącznie 20 umów serwisowych na łączną kwotę 2 943 984,76 zł brutto (w roku 2018 - 7 umów na łączną kwotę 855 839,78 zł brutto, a w roku 2019 - 13 umów na łączną kwotę 2 088 144,98 zł brutto). Przedmiotem ww. umów było m.in. jednorazowy przegląd angiografu, obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji aparatów do znieczulania, respiratorów, jednorazowy przegląd aparatu do krążenia pozaustrojowego.

Według informacji złożonej przez Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej Szpital nie posiada umów serwisowych przedmiotem których są przeglądy roczne i naprawa urządzeń medycznych w ogólnym zakresie. Stosownie do procedury IN-7.1.3 przeglądy wykonywane są również przez pracowników Działu Nadzoru i Napraw Sprzętu Medycznego wg założonych harmonogramów, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami, dokumentując je Świadectwem Sprawności Urządzenia dopuszczając je lub nie do dalszej eksploatacji. Jeśli to konieczne sporządzane są zapisy orzekające o stanie technicznym kwalifikującym urządzenie do zdjęcia z ewidencji szpitala celem kasacji i utylizacji. W przypadku przeglądów serwisowych oraz napraw o których mowa w w/w wykazie Szpital w wyniku przeprowadzonych procedur określonych Prawem Zamówień Publicznych zawiera umowy zgodnie z wynikami przeprowadzonych postępowań przetargowych. W przypadku zamówień na usługi o wartości do 30.000 Euro zgodnie z regulaminem wewnętrznym Szpital zawiera umowy na podstawie zapytania o cenę kilku oferentów wylaniając najkorzystniejszą ofertę na wykonanie zlecenia.

(Dowód: akta kontroli str. 138-139 Zestawienie Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej)

Na podstawie Zestawienia analitycznego obrotów i sald – rok 2018 oraz rok 2019, konto 400-03-04 Konserwacja i naprawa sprzętu ustalono, że koszty konserwacji, naprawy i serwisu sprzętu medycznego wyniosły w roku 2018 – 3 562 059,91 zł, a w roku 2019 – 3 390 002,74 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 140-143 Zestawienie analityczne)

W toku czynności kontrolnych sprawdzono realizację przez Podmiot Lecznicy obowiązków określonych w art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁶⁵.

⁶⁵ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017, poz. 211 t. j. ze zm. i Dz.U. 2019, poz. 175 t. j. ze zm.) – w art. 90 ust. 6-9 uregulowane są kwestie m.in. dotyczące posiadania dokumentacji wykonanych działań serwisowych, dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, obowiązku udostępniania tej dokumentacji organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczeniodawcą lub upoważnionym do jego kontroli.

Wyrywkowej kontroli poddano raporty i zlecenia serwisowe, świadectwa sprawności świadczące o wykonanych przeglądach technicznych w 2019 r. niżej wymienionych pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- videogastroskop – typ: EG – 2970K , nr seryjny A120940, rok produkcji 2014 (producent Pentax), eksploatacja od 08.09.2014 r. (gwarancja do 08.09.2016 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Endoskopii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii;
- videogastroskop – typ: EG – 290KP, nr seryjny H126070, rok produkcji 2014 (producent Pentax), eksploatacja od 08.09.2014 r. (gwarancja do 08.09.2016 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Endoskopii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii;
- elektroencefalograf – EEG typ DIGI TRACK, nr seryjny 212091558, rok produkcji 2012 (producent: Elmiko Medical), eksploatacja od 18.09.2012 r., (gwarancja do 2014 r.), VIDEO typ DIGI TRAK, nr seryjny 212091558, rok produkcji 2012 (producent: Elmiko Medical), eksploatacja od 18.09.2012 r., (gwarancja do 2014 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Elektroencefalografii i Wideo Elektroencefalografii;
- echokardiograf– typ VIVID E-95, numer seryjny AU608220, rok produkcji 2018, (producent GE Healthcare), eksploatacja od 2018 r. (gwarancja do 2020 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Echokardiografii Kliniki Kardiologii II;
- echokardiograf – typ VIVID S70, numer seryjny 200018s70, rok produkcji 2016 r., (producent GE Healthcare), eksploatacja od 2016 r. (gwarancja do 2018 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Echokardiografii Kliniki Kardiologii I;
- echokardiograf – typ VIVID E-95 , numer seryjny AU03003, rok produkcji 2018 r., (producent GE Healthcare), eksploatacja od 2018 r. (gwarancja do 2020 r.), użytkowany dla potrzeb Pracowni Echokardiografii Kliniki Kardiologii I.

Na podstawie okazanych raportów, zlecenia serwisowego, kart przeglądu, świadectw sprawności ustalono, że w przypadku ww. aparatury i sprzętu medycznego podejmowane były działania serwisowe, wykonywane przeglądy okresowe. Dokumentacja określała ważność badania urządzenia oraz terminy kolejnych przeglądów w 2020 roku.

Na wniosek kontrolujących Podmiot Leczniczy przedłożył wykaz pn. *Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej w okresie objętym kontrolą* – tj. videogastroskopów, elektroencefalografu, echokardiografów. W ww. wykazie zawarto następujące dane: nazwę urządzenia, ilość sztuk, ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach, ilość wykonanych badań – łącznie.

Nazwa urządzenia	Ilość posiadanego sprzętu	Ilość wykonanych badań na poszczególnym aparacie *	Ilość wykonanych badań łącznie
2018 rok			
Pracownia Endoskopii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii			
Videogastroskopy	2 szt.		
Videogastroskop EG-2790K sn.: A120940	1 szt.	218	366
Videogastroskop EG-290KP sn.: H126070	1 szt.	148	
Pracownia Elektroencefalografii i Wideo Elektroencefalografii			
Elektroencefalograf**	1 szt.		
EEG DIGI TRACK sn.: 212091558	1 szt.	1170	1176
VIDEO DIGI TRACK sn.: 212091558		6	
Pracownia Echokardiografii Kliniki Kardiologii			
Echokardiograf	3 szt.		
Echokardiograf VIVID E-95 sn.: AU60820	1 szt.	3060	4305
Echokardiograf VIVID S70 sn.:200018s70	1 szt.	15	
Echokardiograf VIVID E-95 sn.:AU03003	1 szt.	1230	

Nazwa urządzenia	Ilość posiadanego sprzętu	Ilość wykonanych badań na poszczególnym aparacie *	Ilość wykonanych badań łącznie
2019 rok			
Pracownia Endoskopii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii			
Videogastroskopy	2 szt.		
Videogastroskop EG-2790K sn.: A120940	1 szt.	149	330

Videogastroskop EG-290KP sn.: H126070	1 szt.	181	
Pracownia Elektroencefalografii i Wideo Elektroencefalografii			
Elektroencefalograf **	1 szt.		
EEG DIGI TRACK sn.: 212091558	1 szt.	1150	1156
VIDEO DIGI TRACK sn.: 212091558		6	
Pracownia Echokardiografii Kliniki Kardiologii			
Echokardiograf	3 szt.		
Echokardiograf VIVID E-95 sn.: AU60820	1 szt.	3020	4436
Echokardiograf VIVID S70 sn.: 200018s70	1 szt.	16	
Echokardiograf VIVID E-95 sn.: AU03003	1 szt.	1400	

*Ilości badań podano na podstawie rejestru badań prowadzonych w poszczególnych miejscach ich wykonywania.

**Badanie EEG i Wideo EEG wykonuje ten sam aparat.

(Dowód: akta kontroli str.144-145 Zestawienie dot. wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej)

Ocena cząstkowa wraz z uzasadnieniem

W wyniku dokonanych, w toku kontroli ustaleń pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym: przebieg procesu udzielania świadczeń, prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć, realizację kontraktów, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu), przeprowadzenie konkursów na wybrane stanowiska (ordynatora, pielęgniarki naczelnej lub przełożonej, itp.), udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne, ankiety satysfakcji pacjenta, system zarządzania (posiadane certyfikaty/akredytacje), obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej.

Pozytywna ocena dotyczyła: 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 ds. Oceny Przyjęć i dokonywania przez Zespół oceny list oczekujących w każdym miesiącu; rozpatrywania skarg i wniosków zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi; posiadania przez Kierownika I Kliniki Kardiologii oraz Pielęgniarki Koordynującą w Klinice Chorób Zakaźnych i Klinice Anestezjologii nr 2 wymaganych kwalifikacji; przeprowadzenia konkursu ofert na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu zgodnie z określonymi przepisami prawa w tym zakresie; dysponowania Certyfikatem ISO potwierdzającym profesjonalizm i wysoki poziom świadczonych usług w Szpitalu; stosowania procedur gwarantujących sprawność aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, potwierdzonej wymaganymi dokumentami; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa.

Stwierdzone nieprawidłowości miały związek z: niekompletnym wypełnianiem obowiązków przez Zespół ds. Oceny Przyjęć; brakiem aktualizacji dokumentów prawa wewnętrznego regulujących: tryb rozpatrywania skarg i wniosków oraz ocenę satysfakcji pacjenta; brakiem monitorowania stopnia zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych w Podmiocie Leczniczym.

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Andrzej Domański pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie od 13.01.2015 r. do 23.01.2019 r.
- Pan Bartosz Stemplewski pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach od 24.01.2019 r. i powołany na ww. stanowisko w dniu 8.05.2019 r.

3. Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji zaleceń i wniosków zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.04.2018 r. (DOZ.III.1711.7.1.2018)

W Wystąpieniu Pokontrolnym sporządzonym po przeprowadzeniu w Szpitalu kontroli w zakresie „Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2017, a następnie przyjętym przez Zarząd Województwa Świątokrzyskiego w dniu 24.04.2018 r. sformułowano

9 wniosków pokontrolnych. W wyznaczonym terminie Dyrektor Szpitala⁶⁶ w piśmie z dnia 8.05.2018 r., znak: DN-070/2078/18 poinformował, że w wykonaniu uwag i wniosków zawartych w tymże wystąpieniu, wydałem polecenie służbowe⁶⁷, w którym zobowiązałem podległych pracowników do realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie tam zakreślonym. Z uwagi na fakt, iż zalecenia nie mają charakteru retrospektywnego, a są zaleceniami do wdrożenia na przyszłość, zobowiązuję się do przestrzegania wytycznych, o których mowa, w toku działalności i zarządzania WSZZ w Kielcach.

(Dowód: akta kontroli str. 146-147 Pismo Dyrektora Szpitala wraz z Poleceniem Służbowym nr 14/2018 z dnia 18.05.2018 r.)

Do części I i II *Wystąpienia Pokontrolnego* (DOZ.III.1711.7.1.2018) wniesiono o realizację wniosków pokontrolnych, o treści:

1. *Zachowywać 7 – dniowy termin dokonania zmiany w Rejestrze, liczonego od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.*

Celem sprawdzenia, czy Podmiot Kontrolowany wdrożył w życie ww. zalecenie ustalono, iż Szpital składał wnioski o zmianę wpisu do Rejestru⁶⁸ w okresie objętym bieżącą kontrolą. Na podstawie okazanych dokumentów wiadomo, że maju 2019 r. Szpital złożył wniosek o dokonanie zmian w zakresie wykreślenia Dyrektora Pana Andrzeja Domańskiego oraz członków Rady Społecznej Pana/i Tadeusza Kowalczyka, Bogusławy Wypych, Bartłomieja Dorywalskiego, z jednoczesnym wpisem do KRS Dyrektora Pana Bartosza Stemplewskiego oraz nowo powołanych członków Rady Społecznej Panów Marka Bogusławskiego, Grzegorza Banasia, Mieczysława Gębskiego (data dokonania wpisu 29.05.2019 r. określona w poz. 16 wyciągu z KRS, sygnatura akt KI.NS-REJ.KRS/5571/19/536).

W oparciu o ustalony stan faktyczny m.in. wykazane we wniosku załączniki w postaci Uchwał będących podstawą dokonania zmian⁶⁹ i treść wyjaśnienia Rady Prawnego

⁶⁶ Wówczas obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego pełnił Pan Andrzej Domański.

⁶⁷ Polecenie służbowe nr 14/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego w Kielcach z dnia 18.05.2018 r. w sprawie wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym (...).

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

⁶⁹ Uchwała nr 147/19 w sprawie powołania Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego w Kielcach z dnia 16.01.2019 r. oraz Uchwała 551/19 w sprawie powołania Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego w Kielcach z dnia 8.05.2019 r.

cytowanego poniżej, kontrolujący ustalili, iż Podmiot częściowo⁷⁰ stosuje się do zalecenia sformułowanego w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.04.2018 r.

(Dowód akta kontroli str.148 – 153 Wniosek do KRS, wyciąg z wydruku KRS nr 0000001580 str. 1-2)

W powyższej sprawie Radca Prawny oświadczył, że *Zgodnie z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym: "Wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej."* Powyższy termin jest terminem instrukcyjnym, z którego ewentualne niewywiązanie się nie determinuje żadnych skutków procesowych. *Wnioski zostały złożone na formularzach - w załączeniu przesyłam skan wniosku, złożonego w dniu 14 maja 2019 r.*

(Dowód akta kontroli str.154 Oświadczenie Radcy Prawnego)

2. *Wyeliminować niezgodność w zakresie nazw Zakładów Leczniczych w Statucie, Regulaminie organizacyjnym i Księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego.*

W toku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że nazwy Zakładów Leczniczych w dalszym ciągu w sposób odmienny określają Statut, Regulamin Organizacyjny oraz Księga Rejestrowa. Wobec powyższego Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 28.02.2020 r. wyjaśnił, że (...) *zalecenia wynikające z poprzedniego Wystąpienia Pokontrolnego dotyczące wyeliminowania niezgodności w zakresie nazw Zakładów leczniczych w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym i Księdze Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego są w trakcie zmian. Planowany termin wykonania zmian do 30 kwietnia 2020 r.*

(Dowód: akta kontroli str. 155 Wyjaśnienie Dyrektora WSzZ w Kielcach)

W świetle odebranych w dni 11.05.2020 r. wyjaśnień od Koordynatora Radców Prawnych należy stwierdzić, że nie dokonano we wskazanym terminie zmian związanych z ujednoczeniem nazw Zakładów leczniczych i nadal istnieją rozbieżności w tym zakresie zarówno w Statucie, Regulaminie organizacyjnym i Księdze rejestrowej prowadzonej dla zakładu przez Wojewodę świętokrzyskiego.

(Dowód: akta kontroli patrz. str. 23A Informacja Radcy Prawnego)

⁷⁰ Dochowanie ustawowego terminu zgodnie z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczy powołania Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach Pana Bartosza Stemplewskiego.

3. *Uregulować zakres udzielanych świadczeń w Statucie i Regulaminie organizacyjnym, tak, aby był on tożsamy w obu dokumentach i zgodny ze stanem faktycznym.*

W toku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że zakres udzielanych świadczeń został określony jednakowo w Statucie (§ 5 ust. 1) i w Regulaminie Organizacyjnym (§ 2 ust. 4) Podmiotu Leczniczego (t. j. z dnia 23.09.2019 r.). Obydwa dokumenty określają, że szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń wysokospecjalistycznych, świadczeń odrębnie kontraktowanych, programów zdrowotnych, programów lekowych, badań laboratoryjnych, rentgenowskich.

4. *Podjąć skuteczne działania zmierzające do dostosowania treści Księgi rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego do stanu faktycznego odnośnie komórek organizacyjnych Szpitala.*

W odniesieniu do 7 komórek organizacyjnych Szpitala, których szczegółowe ujęcie w schemacie organizacyjnym poddanym kontroli w 2018 r. nie było zgodne z wykazem komórek organizacyjnych uwidocznionym w księdze rejestrowej Szpitala (stan na dzień 31.12.2017 r.), czynności kontrolne pozwoliły wykazać, że aktualnie ich usytuowanie w schemacie organizacyjnym z dnia 18.12.2019 r. jest zgodne z komórkami organizacyjnymi wskazanymi w Księdze rejestrowej nr 00000014597 (stan na 30.01.2020 r.) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

5. *Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.*

W toku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że ww. zalecenie pokontrolne zostało zrealizowane w całości. W załączniku nr 8 do Zarządzenia wewnętrznego nr 1/2018 z dnia 2 stycznia 2018r. Dyrektor ustalił skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie (patrz. akta kontroli str. 60-61).

6. *Zapewnić właściwe wykonywanie obowiązków przez członków Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnie z art. 21.ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.*

W toku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że w okresie objętym kontrolą Zespół w treści protokołów wskazał, że listy oczekujących na udzielenie

świadczenia są oceniane pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Biorąc powyższe pod uwagę analiza okazanych dokumentów pozwoliła ustalić, że w Raportach z dokonanego przeglądu list oczekujących za 2018 r. Zespół posługiwał się sformułowaniem *Listy prowadzone są prawidłowo*, z czego zrezygnował w 2019 r. W okresie objętym kontrolą z treści protokołów nie wynika również, aby Zespół dokonywał analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Ponadto ustalono, że Zespół nadal nie dokonuje analizy kolejki oczekujących w kategorii *pilny*, podając w raporcie liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania jedynie pacjentów zakwalifikowanych do kategorii *stabilny* (patrz akta kontroli str. 62-68). W związku z powyższym w ocenie kontrolujących ww. zalecenie nie zostało zrealizowane. Powyższe potwierdził Dyrektor Kontrolowanej Jednostki w wyjaśnieniu (dowód: akta kontroli str. 69).

7. *Do opisu przedmiotu zamówienia, zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosować nazwy i kody ustalane we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 r., str. 1 i n. z póź.zm.).*

W toku czynności kontrolnych szczegółowej analizie poddano postępowanie konkursowe prowadzone w roku 2019 na *pełnienie dyżurów kontraktowych w szpitalnym oddziale ratunkowym przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej – pełniącego obowiązki pierwszego dyżurnego* w wyniku której ustalono, że 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. WE L 340 z 16.12.2002 r., str. 1 i n. z póź.zm).

8. *Porównywać oferty, w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Kontrola postępowania konkursowego pn. *Pełnienie dyżurów kontraktowych w szpitalnym oddziale ratunkowym przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny ratunkowej*

lub w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej – pełniącemu obowiązki pierwszego dyżurnego wykazała, że do porównania ofert zastosowano kryteria określone w art. 148 ust. 1 ww. ustawy tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cena.

9. *Przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z fundamentalną zasadą określoną w art. 44 ust. 3 pkt 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.*

W toku czynności kontrolnych szczegółowej analizie poddano cztery umowy⁷¹ pod kątem terminowości wypłat wynagrodzeń przyjmującym zamówienia w IV kwartale 2019 r. Ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych datach.

Ocena cząstkowa 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.1711.7.1.2018 z dnia 24.04.2018 r.

Pozytywna ocena dotyczy: ujednoczenia zakresu udzielanych świadczeń w Statucie i w Regulaminie Organizacyjnym Podmiotu Leczniczego; uaktualnienia usytuowania w schemacie organizacyjnym 7 komórek organizacyjnych, zgodnie z wpisem do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego; wyłonienia składu Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; stosowania nazw i kodów ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień przy opisie przedmiotu zamówienia oraz porównania ofert zgodnie z kryteriami określonymi w u.ś.o.z. w prowadzonym postępowaniu konkursowym na udzielenia świadczeń zdrowotnych; regulowanie należności w wyznaczonych terminach.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: częściowego stosowania się do wymogu zachowania 7 – dniowego terminu dokonywania zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym, liczonego od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu; niewykonania zaleceń pokontrolnych w zakresie: ujednoczenia nazw Zakładów Lecznicznych Szpitala w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym oraz Księdze Rejestrowej; niewłaściwego wypełniania przez Zespół ds. Oceny Przyjęć obowiązków wynikających z u.ś.o.z;

⁷¹ zawarte w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego nr k/3/2019

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Andrzej Domański pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie od 13.01.2015 r. do 23.01.2019 r.
- Pan Bartosz Stemplewski pełniący obowiązki Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach od 24.01.2019 r. i powołany na ww. stanowisko w dniu 8.05.2019 r.

Pozostałe informacje i pouczenia

Projekt Wystąpienia Pokontrolnego został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Jednostki Kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z § 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych:

1. kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo w terminie 7 dni, od otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu, przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego,
2. na umotywowany wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, złożony przed upływem terminu na zgłoszenie zastrzeżeń, przy zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn termin na zgłoszenie zastrzeżeń może zostać przedłużony przez podmiot uprawniony do kontroli na dalszy czas oznaczony,
3. podmiot uprawniony do kontroli ma prawo sprostowania w projekcie wystąpienia pokontrolnego, w każdym czasie, z urzędu lub na wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, błędów pisarskich lub innych oczywistych omyłek,
4. projekt wystąpienia pokontrolnego, w którym dokonano sprostowania, przekazuje się kierownikowi jednostki kontrolowanej wraz z informacją o dokonanych zmianach,
5. sprostowanie nie ma wpływu na bieg terminu zgłoszenia zastrzeżeń do projektu wystąpienia pokontrolnego.

W przypadku niezgłoszenia zastrzeżeń sporządza się Wystąpienie Pokontrolne obejmujące treść Projektu Wystąpienia Pokontrolnego uzupełnione o zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości i uchybień lub usprawnienia funkcjonowania Jednostki Kontrolowanej.

.....
/podmiot uprawniony do kontroli/

Ewa Murzec

Jolanta Jesionowska

.....
/podpisy osób sporządzających Projekt Wystąpienia Pokontrolnego/

Kielce, dnia.....2020 r.