

UCHWAŁA Nr 2368/20
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 15 lipca 2020 r.

w sprawie przyjęcia *Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Na podstawie § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t.j. Dz. U. 2015.1331), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwala co następuje:

§ 1

1.Przyjmuje się *Wystąpienie Pokontrolne* dotyczące Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze sporządzone po kontroli problemowej w zakresie:

- 1) Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń w latach 2018 – 2019;
- 2) Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w *Wystąpieniu Pokontrolnym* z dnia 6.06.2018 r. znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.

2.*Wystąpienie Pokontrolne* stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Andrzej Bętkowski

Uzasadnienie

do uchwały w sprawie przyjęcia *Wystąpienia Pokontrolnego* dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze

W dniu 24 czerwca 2020 r. Uchwałą nr 2278/20 Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął *Projekt Wystąpienia Pokontrolnego* sporządzony po przeprowadzeniu kontroli problemowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze. Zakres kontroli obejmował: 1. Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń w latach 2018 – 2019; 2. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w *Wystąpieniu Pokontrolnym* z dnia 6.06.2018 r. znak: DOZ.III.1711.9.1.2018. Po podpisaniu dokumentu przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego został on, w dniu 29.06.2020 r. przekazany do Szpitala. Kierownik Podmiotu Leczniczego nie zgłosił umotywowanych zastrzeżeń do *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego*, w związku z tym opracowano *Wystąpienie Pokontrolne* obejmujące treść *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego*. Zgodnie z § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania podmiotów leczniczych, *wystąpienie pokontrolne podpisuje podmiot uprawniony do kontroli i przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.*

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione

Załącznik nr 1 do uchwały nr 2368/20
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego
z dnia 15 lipca 2020 r.

OZ-IV.1711.5.2020

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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



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

DANE IDENTYFIKACYJNE KONTROLI

Oznaczenie Jednostki Kontrolowanej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny¹

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w terminie od 23.03.2020 r do 01.04.2020 r.

Numer i zakres kontroli:

OZ-IV.1711.5.2020

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 6.06.2018 r. znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.

Przeprowadzający kontrolę

Na podstawie Uchwały Nr 1808/20 z dnia 11 marca 2020 r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego upoważnił Ewę Murzec, Jolanę Jesionowską, Grzegorza Świercza do przeprowadzenia kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny. Kontrolujący otrzymali imienne upoważnienia o numerze OZ.1711.5.2020 z dnia 11.03.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-5 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, stosownie do § 5 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych² (zwane dalej rozporządzeniem).

(Dowód: akta kontroli str. 6-8 Oświadczenia kontrolujących o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli)

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

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

Pismem z dnia 13.03.2020 r., znak: OZ-IV.1711.5.2020 Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia poinformowała Kierownika Podmiotu Leczniczego, że kontrola planowa w zakresie: 1) realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019; 2) sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 6.06.2018 r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018, ze względu na zaistniałą sytuację epidemiologiczną odbędzie się w wyznaczonym terminie poza siedzibą Jednostki Kontrolowanej³ stosownie do § 10 ust. 3 rozporządzenia. Ww. pismo wraz z Uchwałą Nr 1808/20 z dnia 11.03.2020 r. i imiennymi upoważnieniami kontrolujących przesłano do Podmiotu Leczniczego ePUAP-em w dniu 17.03.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 9-10 Pismo Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia)

Kierownik Jednostki Kontrolowanej

Youssef Sleiman – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.

Ocena ogólna

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

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen⁵, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie.

Powyższa ogólna ocena wynika z poniżej zaprezentowanych 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 tj. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego

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

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

3. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 6.06.2018 r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.

Stan faktyczny został opisany w oparciu o tematy wyszczególnione w punkcie 3 pn. *Oznaczenie zagadnień wymagających oceny* Programu kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze zatwierdzonego Uchwałą Nr 1807/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 11.03.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 11-16 Uchwała ZWŚ, Program kontroli)

Opis stanu faktycznego

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie

1.1. Statut Podmiotu Leczniczego z dnia 20 listopada 2017r.

Podmiot Leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/546/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r. Dokument został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017 r. pod pozycją 3543.

*Stosownie do § 4 Statutu **Celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu przywracaniu i poprawie zdrowia, sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów. Ponadto, Szpital może prowadzić działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich zgodnych ze specyfiką jednostki.***

1.2. Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego (t.j. z dnia 20.03.2018r. ze zm.)

Według informacji⁶ podpisanej przez Dyrektora Szpitala w zestawieniu z okazanymi dokumentami źródłowymi⁷ ustalono, że do 20.03.2018r. w Podmiocie Leczniczym obowiązywał Regulamin organizacyjny z dnia 18.12.2012 r. (t. j. ze zm.) wprowadzony Zarządzeniem⁸ Dyrektora Szpitala poprzedzonym opinią⁹ Rady Społecznej.

⁶ Informacja pisemna z dnia 02.04.2020r.

⁷ Regulaminy Organizacyjne Szpitala, Opinie Rady Społecznej Szpitala, Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Podmiotu Leczniczego.

⁸ Zarządzenie Nr 51/2012 z dn. 19.12.2012 r.

⁹ Uchwała Nr 21/2012 z dn.18.12.2012 r.

Następnie, w dniu 20.03.2018r. po wyrażeniu pozytywnej opinii przez Radę Społeczną w Uchwale nr 14/2018¹⁰, Dyrektor Szpitala Zarządzeniem Nr 11/2018¹¹ wprowadził tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego (zwany dalej Regulaminem), który zawiera treść ustaloną w art. 24 ust. 1 u.d.l. Do dokumentu, w czasie objętym kontrolą każdorazowo, po wyrażeniu przez Radę Społeczną Szpitala, pozytywnych opinii w uchwałach nr 21/2018 z dnia 16.05.2018 r., nr 24/2018 z dnia 02.08.2018 r., nr 11/2019, nr 12/2019 i nr 13/2019 z dnia 25.01.2019 r., nr 21/2019 z dnia 09.08.2019 r. – Dyrektor Szpitala Zarządzeniami wewnętrznymi: nr 14/2018 z dnia 17.05.2018 r., nr 24/2018 z dnia 02.08.2018 r., nr 5/2019 z dnia 13.02.2019 r., nr 25/2019 z dnia 09.08.2019 r., wprowadził zmiany do tekstu jednolitego *Regulaminu organizacyjnego* z dnia 20.03.2018 r. Według treści uchwał Rady Społecznej, Zarządzeń Dyrektora Szpitala, Regulaminu – zmiany dotyczyły m.in. nazwy Oddziału V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii na Oddział V Chorób Wewnętrznych¹², zmniejszenia liczby łóżek na: Oddziale VII Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (z 52 do 42), Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (z 35 do 23)¹³.

(Dowód: akta kontroli str. 17-19 Informacja Dyrektora Podmiotu Leczniczego)

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że komórka organizacyjna pn. *Zespół rehabilitacji domowej* rozpoczęła działalność w dniu 02.01.2018 r.¹⁴. W tej sprawie: 1) Rada Społeczna Pomiotu Leczniczego wyraziła pozytywną opinię 20.03.2018 r.¹⁵, 2) Zarząd Województwa w uchwale nr 3771/18 z dnia 11.04.2018 r. przedstawił pozytywne stanowisko w przedmiocie rozszerzenia działalności leczniczej poprzez utworzenie ww. komórki organizacyjnej.

(Dowód: akta kontroli str. 20-22 uchwała Nr 14/2018 RS z dn. 20.03.2018 r. i uchwała ZW Nr 3771/18 z dn.11.04.2018 r.)

W oparciu o powyższe ustalenia, kontrolujący zwrócili uwagę na fakt, że Pomiot Leczniczy w pierwszej kolejności dokonał rejestracji komórki organizacyjnej – *Zespół rehabilitacji domowej*, natomiast opinia Rady Społecznej Szpitala w tej kwestii, została wyrażona w terminie późniejszym.

¹⁰W sprawie przyjęcia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.

¹¹ Zarządzenie Dyrektora Szpitala z dn. 20.03.2018 r.

¹² *Zmiana nazwy nie wpływała na zmianę wykonywanych świadczeń w Oddziale. Miała ukierunkować pacjentów i informować, że w Oddziale wykonywane są procedury wieloprofilowe a nie tylko kardiologiczne.*

¹³ *Zmniejszenie liczby łóżek w Oddziałach było następstwem szczegółowej analizy wykorzystania bazy łóżkowej*

¹⁴ Księga rejestrowa prowadzona przez Wojewodę Świętokrzyskiego - lp.94

¹⁵ Uchwała Nr 14/2018 RS z dn. 20.03.2018 r.

Na tą okoliczność w piśmie z dnia 02.04.2020 r. Dyrektor Zakładu złożył wyjaśnienie o następującej treści: *W dniu 02.01.2018 r. jednostka organizacyjna pn. Rehabilitacja Domowa - Zespół Rehabilitacji Domowej rozpoczęła swoją działalność o czym stanowi wpis do RPWDL. Zarejestrowanie ww. komórki organizacyjnej w tej dacie było niezbędne ze względu na ogłoszony przez NFZ konkurs na świadczenia medyczne w zakresie rehabilitacja w domu pacjenta. Jednocześnie informuję, że opinia Rady Społecznej w tej sprawie została wyrażona w dniu 20.03.2018 r. (uchwała nr 14/2018) tj. po dacie rejestracji ww. komórki organizacyjnej w Księdze Rejestrowej. Sytuacja ta była spowodowana faktem, że w okresie sierpień 2017 r. – marzec 2018 r. nie odbyło się żadne posiedzenie Rady Społecznej ze względu na procedowanie zmian składu osobowego Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze. Rada Społeczna w nowym składzie obradowała dopiero 20.03.2018 r. i wówczas na wniosek Dyrektora Szpitala wydała pozytywną opinie w zakresie utworzenia nowej komórki organizacyjnej (uchwała nr 14/2018). Przedmiotową uchwałę przekazano Zarządowi Województwa, który wyraził pozytywne stanowisko w przedmiocie rozszerzenia działalności leczniczej (Uchwała nr 3771/18 Zarządu WŚ z dnia 11.04.2018 r.).*

(Dowód: akta kontroli str. 23 Informacja Dyrektora Szpitala)

Stosownie do treści Regulaminu¹⁶: 1) zadaniem Szpitala jest m.in. *udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczeń specjalistycznych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, z uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala;* 2) Podmiot Leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych w: a) Szpitalu w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny¹⁷; b) Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce¹⁸; 3) wewnętrzną strukturę organizacyjną Szpitala zaprezentowano w schemacie organizacyjnym będącym załącznikiem do Regulaminu.

Mając powyższe na uwadze, w trakcie trwania postępowania kontrolnego dokonano:

- 1) szczegółowej analizy procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki szpitalnej i ambulatoryjnej – ustalenia w tym względzie zawiera pkt 2 niniejszego

¹⁶ Regulamin Organizacyjny z dn. 20.03.2018 r. (t. j.)

¹⁷ Stacjonarna i całodobowa opieka szpitalna

¹⁸ Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

dokumentu pn. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych – ppkt od 2.2 do 2.4.;

- 2) porównania Schematu organizacyjnego¹⁹ określonego w załączniku nr 1 do Regulaminu z Księgą rejestrową nr 000000014607 prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego pod kątem odzwierciedlenia struktury organizacyjnej, tj. „działalności” Zakładów Lecznich, Jednostek i Komórek Organizacyjnych Zakładu Lecznich w obu dokumentach;
- 3) danych upublicznianych przez Kontrolowaną Jednostkę w zakresie wysokości opłat za: udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością,

Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności

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

Uzasadnienie oceny cząstkowej

Pozytywna ocena odnosi się do: określenia w regulaminie organizacyjnym niezbędnych elementów przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej; zgodności faktycznej struktury organizacyjnej na poziomie komórkowym z zapisami księgi rejestrowej prowadzonej dla Podmiotu Lecznich; zamieszczania aktualnych informacji dotyczących wysokości opłat za: udostępnienie dokumentacji medycznej (...), przechowywanie zwłok pacjenta (...), świadczenia zdrowotne, które mogą być (...) udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w sposób określony w ustawie o działalności leczniczej, w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów (tj. stronie internetowej Podmiotu Lecznich w zakładce PACJENT, stronie BIP w zakładce Przedmiot działalności i kompetencje jako załącznik do Regulaminu Organizacyjnego).

Opis stanu faktycznego

¹⁹ Ostatnia zmiana w okresie objętym kontrolą obowiązująca od dn. 09.08.2019 r.

2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

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

- 2.1 realizację kontraktów (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody, dochodzenie roszczeń za nadwykonania),
- 2.2 przebieg procesu udzielania świadczeń,
- 2.3. wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Oddziałów, Poradni, Pracowni, liczba leczonych, liczba udzielonych porad, itp.),
- 2.4. prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2.5. działalność zespołu ds. oceny przyjęć,
- 2.6 przeprowadzenie konkursów na wybrane stanowiska (ordynatora, pielęgniarki naczelnej lub przełożonej, itp.),
- 2.7. udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne,
- 2.8. tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego,
- 2.9. ankiety satysfakcji pacjenta, system zarządzania (posiadane certyfikaty akredytacyjne),
- 2.10. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy),
- 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).

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

Na podstawie zestawień podpisanych przez Dyrektora Szpitala kontrolujący sporządzili szczegółowe zestawienie wszystkich zawartych NFZ umów wraz z podaniem wielkości świadczeń niezrefundowanych przez płatnika za lata 2018 -2019:

1. 2018 rok: a) wartość umów wraz z aneksami – 80 587 391,84 zł, b) wykonanie – 80 496 782,07 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 60 264,71 zł,
2. 2019 rok: a) wartość umów wraz z aneksami – 91 694 566,45 zł, b) wykonanie – 93 568 818,40 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 3 055 473,95 zł.

Łącznie w okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na kwotę 172 281 958,29 zł. Natomiast łączna wartość zrealizowanych kontraktów wyniosła

174 065 600,47 zł. W porównaniu do 2018 r. wartość podpisanych umów na realizację świadczeń zdrowotnych z Funduszem w 2019 r. wzrosła o 11 107 174,61 zł, tj. o ok. 13,80%. Na podstawie „Zestawienia umów zawartych z NFZ (...)” ustalono, że przedmiotem umów w okresie objętym kontrolą były m.in.: programy lekowe, leczenie szpitalne (alergologia – hospitalizacja), podstawowy system zabezpieczenia szpitalnego (PSZ) obejmujący ryczałt - szpital pulmonologiczny, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym: świadczenia kosztochłonne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacja lecznicza, w tym :fizjoterapia ambulatoryjna i domowa oraz rehabilitacja dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Dane przekazane kontrolującym pozwoliły na ustalenie, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo podejmowanych przez Szpital działań zmierzających do pokrycia świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, nie zrefundował:

- w 2018 r. świadczeń na łączną kwotę 60 264,71 zł w zakresie: fizjoterapii ambulatoryjnej, fizjoterapii domowej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej,
- w 2019 r. świadczeń na łączną 3 055 473,95 zł w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz świadczeń zabiegowych w urologii (AOS).

Kontrolujący ustalili, iż Podmiot Leczniczy skutecznie dochodzi swoich roszczeń z tytułu świadczeń wykonanych ponad limit ustalony w umowie za lata 2018 - 2019 na drodze sądowej. Dyrektor Szpitala oświadczył, iż *W przypadkach, kiedy standardowe wnioski kierowane do ŚwOW NFZ z prośbą o zapłatę za powstałe nadwykonania, zostały rozpatrzone negatywnie przez płatnika Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze skierował sprawę na drogę sądową celem uiszczenia przez NFZ powstałych nadwykonań. W 2018 roku Szpital w drodze ugody przedsądowej uzyskał zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit w ramach umowy nr 13-SPO14-17-00191-008. Obecnie Szpital jest w trakcie procedowania zapłaty za niezapłacone nadwykonania w ramach umowy 13-SPO14-17-00191-008 za 2019 r.*

Ponadto ustalono, że Kontrolowana Jednostka podpisała w okresie objętym kontrolą ugody na łączną kwotę 2 071 185,77 zł, w tym: za rok 2018 r. w kwocie 2 007 512,15 zł, a za rok 2019 w kwocie 63 673,62 zł. Jednocześnie analiza przedłożonych dokumentów pozwoliła ustalić, że zarówno w 2018 r. jak i 2019 r. Szpital nie zrealizował ryczału w 100%.

Zgodnie z wyjaśnieniem podpisanym przez Dyrektora Szpitala *Pierwotna wartość ryczału w 2018 r. wynosiła 49 257 732 zł. W trakcie roku NFZ zmieniał wartość ryczału kilkakrotnie, aż do ustalenia kwoty końcowej wynoszącej 52 674 026 zł. Szpital zrealizował ryczałt*

w wartości wynoszącej 50 697 480 zł. (96,2 %) co przełożyło się na niezrealizowanie ryczału w wysokości 1 976 546 zł. Powyższa realizacja wynikała z aktualnych potrzeb pacjentów m.in. mała ilość świadczeniobiorców, która wymagała intensywnej opieki medycznej na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, co świadczy o skuteczności działania Krajowego Programu Zmniejszania Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc Poprzez Tworzenie Sal Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej na lata 2016 – 2019. Jak również wpływ na niższy poziom realizacji Ryczału miały prace remontowe przez okres ponad 2 miesiące na Oddziale VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, czego wynikiem była zmniejszona liczba łóżek. Analogiczne wyjaśnienie zostało przesłane do NFZ i zostało ono zaakceptowane, co przełożyło się na utrzymanie wartości ryczału na 2019 r.

W 2019 roku pierwotna wartość ryczału wynosiła 53 006 808 zł. W trakcie roku NFZ zmieniał wartość kilkakrotnie, aż do ustalenia kwoty końcowej wynoszącej 56 732 592 zł. Szpital zrealizował ryczałt w wartości wynoszącej 55 654 258 zł co przełożyło się to na niezrealizowanie ryczału w wysokości 1 078 334 zł. Powyższa realizacja wynikała z aktualnych potrzeb pacjentów. Jednocześnie poziom realizacji w wysokości 98,1% zmieścił się w „neutralnym poziomie realizacji świadczeń dla Ryczału Szpitalnego wynoszącego od 98% do 102%”, co pozwoliło na utrzymanie analogicznego poziomu finansowania na 2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 24- 50 Zestawienia i Wyjaśnienia podpisane przez Dyrektora Szpitala)

Na podstawie danych z Zestawienia ustalono, iż niewykonanie ryczału względem przyjętych wewnętrznie limitów dotyczyło m.in. oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych – hospitalizacja, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja, chirurgii klatki piersiowej hospitalizacja – DO1, DO2 i chirurgii ogólnej - hospitalizacja, choroby płuc – hospitalizacja.

2.2.Przebieg procesu udzielania świadczeń

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 treść Regulaminu²⁰ przywołuje ogólne ramy wykonywania działalności leczniczej pod względem organizacyjnym, formalnym, rejestrowym oraz obowiązków uczestników procesu udzielania świadczeń, np.: w przypadkach nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub

²⁰ Regulamin Organizacyjny z dn. 20.03.2018 r. (t. j.)

zatrucia, w tym tryb weryfikacji dokumentów potwierdzających uprawnienia pacjentów do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji zdrowotnej z zapewnieniem ochrony danych osobowych, udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach. Regulamin precyzuje zasady udzielania świadczeń leczenia szpitalnego m.in. poprzez: 1) uszczegółowienie zasad przyjęcia pacjenta do Szpitala, określając prawa i obowiązki pacjenta zgłaszającego się na Izbę Przyjęć w trybie planowym i w trybie nagłym oraz zadania personelu medycznego Izby Przyjęć; 2) opis procesu diagnostyczno - leczniczo-pielęgnacyjnego w oddziale, gdzie lekarz dyżurny właściwego oddziału zobowiązany jest zebrać wywiad, wykonać badanie przedmiotowe, zlecić niezbędne badania diagnostyczne i zabiegi medyczne, poinformować chorego o planowanym postępowaniu terapeutycznym i udokumentować wszystkie przeprowadzone czynności w historii choroby; 3) określenie zasad wypisu pacjenta ze Szpitala; 4) doprecyzowanie trybu udzielania świadczeń ambulatoryjnych w poradniach specjalistycznych, m.in. poprzez wskazanie osób uprawnionych do skorzystania ze świadczeń AOS bez skierowania na podstawie przepisów u.ś.o.z.²¹, czy sposobu rejestracji do lekarzy specjalistów; 5) określenie zasad udzielania świadczeń w pracowniach diagnostycznych np.: wymóg: posiadania przez pacjenta skierowania, wprowadzania wykonanych badań do programu w systemie komputerowym, czy konieczność przechowywania ich wydruków w historii choroby pacjenta.

Dodatkowo ustalono, że proces przebiegu udzielania świadczeń medycznych szczegółowo określają karty procesu. Do wglądu przedstawiono wybrane dokumenty dla: przyjęcia pacjenta w Izbie Przyjęć (KP-08 – obowiązuje bez zmian od 11.04.2016 r.), usług diagnostyczno-leczniczo-pielęgnacyjnych w Oddziałach Szpitala (KP-09 - obowiązuje bez zmian od 01.03.04.2018r.), przeprowadzenia zabiegu operacyjnego (KP-11 - obowiązuje od 26.09.2016 r. ze zmianami wprowadzonymi w 2017 r. i 2019 r.), usług fizjoterapeutycznych (KP-12 obowiązuje bez zmian od 13.05.2019 r.), usług ambulatoryjnych (KP-13 obowiązuje bez zmian od 21.03.2016 r.). Przedłożone do kontroli przykładowe karty procesu leczenia mają na celu zapewnienie wykonania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych zgodnie z przyjętymi przez Szpital wymogami. Karty procesu wskazują wymagania prawne odnoszące się do danego procesu, zawierają schemat jego przebiegu, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie oraz określają jakie

²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373 ze zm.) - Art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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. 51-65 Przykładowa Karta Procesu:
Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego)*

Dodatkowo według informacji uzyskanej od Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością *Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością (karty procesu) (...) jest przeglądana przez autorów dokumentów pod kątem jej aktualizacji 1x3 lata, a w razie potrzeby, np. w przypadku zmiany treści aktu prawnego mającego wpływ na zapisy w dokumentach, aktualizowana na bieżąco. (...) Poszczególne etapy Procesów realizowanych w Szpitalu, jeżeli nie są całkowicie opisane w Karcie Procesu, zostają uszczegółowione przez Instrukcje/Procedury/Dokumenty przypisane do danego procesu.*

*(Dowód: akta kontroli str. 66-67 Oświadczenie
Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością, podpisane przez Dyrektora Szpitala)*

2.3. Analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych (prezentacja Oddziałów, Poradni, Pracowni, ilość łóżek, liczba leczonych, liczba udzielanych porad, itp.)

W oparciu o zestawienie do tej kontroli nr 2²² ustalono, że liczba komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturach Szpitala w latach 2018 – 2019 nie uległa zmianie i kształtowała się następująco: 9 oddziałów stacjonarnych, 10 poradni specjalistycznych, 5 działów.

(Dowód: akta kontroli str. 68 Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)

Na podstawie zestawienia dotyczącego liczby łóżek²³ ustalono, że w ramach leczenia szpitalnego liczba łóżek w 2018 r. wynosiła 363, natomiast w 2019 r. – 341 (zmniejszenie o 22 łóżka). Zgodnie z informacją przedłożoną przez Koordynatora Sekcji Statystyki i Archiwum likwidacja łóżek nastąpiła w następujących komórkach organizacyjnych: Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (zmniejszenie o 10 łóżek) oraz Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (zmniejszenie o 12 łóżek).

Koordynator Sekcji Statystyki i Archiwum wyjaśniła jednocześnie, że: *Zmniejszenie liczby łóżek w ww. oddziałach jest następstwem szczegółowej analizy wykorzystania bazy łóżkowej w oddziałach Szpitala. Zmniejszenie liczby łóżek nie wpłynęło na dostępność do świadczeń, nie ogranicza liczby wykonywanych procedur jak również nie wpływa na dotychczasową*

²² Zestawienie nr 2 - Liczba Oddziałów oraz Poradni/Działów w 2018 i 2019 roku w Kontrolowanej Jednostce.

²³ Zestawienie nr 3A do tej kontroli – liczba łóżek w latach 2018 – 2019.

działalność oddziału. Zmniejszenie liczby łóżek wpływa na poprawę warunków pobytu pacjentów m.in. poprzez utworzenie dodatkowych węzłów sanitarnych na salach chorych.

(Dowód: akta kontroli str. 69 Zestawienie liczby łóżek w latach 2018-2019 wraz z wyjaśnieniem powodu ich likwidacji)

Na podstawie danych²⁴ przekazanych kontrolującemu ustalono, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu w ramach lecznictwa zamkniętego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej leczono łącznie 99 454 osoby, w tym:

- w 2018 r. – 49 739, z czego w lecznictwie szpitalnym 18 037, w lecznictwie otwartym²⁵: 31 702 w tym: 29 612 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (zwanej w dalszej części AOS), i 2 090 w ramach rehabilitacji leczniczej (zwanej w dalszej części REH).

- w 2019 r. – 49 715, z czego w lecznictwie szpitalnym 17 970, w lecznictwie otwartym – 31 745, w tym: 30 124 w AOS i 1 621 w REH.

Jednocześnie ustalono, że w szpitalnej Izbie Przyjęć w kontrolowanym okresie udzielono łącznie 10 691 porad z czego: 5 278 w 2018 r., zaś 5 413 w 2019 r.

(Dowód: akta kontroli str. 70 Zestawienie liczby przyjętych/leczonych w latach 2018-2019 podpisane przez Dyrektora Szpitala)

Kontrolujący szczegółowej analizie poddali wykonanie usług medycznych w latach 2018-2019 w 9 oddziałach oraz w 5 losowo wybranych poradniach specjalistycznych²⁶.

Poniżej zaprezentowano poszczególne komórki organizacyjne Kontrolowanej Jednostki dokonując m.in. porównania liczby leczonych pacjentów, ich struktury oraz średniego wykorzystania łóżek w %, liczby pacjentów przyjętych w ramach AOS i liczby wykonanych porad specjalistycznych w okresie objętym kontrolą.

Według zestawień podpisanych przez Dyrektora Szpitala ustalono, że:

1) IX Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.02.2014 r. i posiada 23²⁷ łóżka. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 85 z kodem 4580 nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia²⁸.

²⁴ Zestawienie nr 3 do tez kontroli – liczba osób przyjętych/leczonych w latach 2018 – 2019.

²⁵ Lecznictwo otwarte - system polegający na leczeniu w przychodniach, poradniach, pracowniach, działach, ambulatorium czyli w miejscach, w których chory nie przebywa przez cały okres kuracji

²⁶ Informacje ogólne dotyczące funkcjonowania poszczególnych komórek zasięgnięto z informacji dostępnych m.in na stornach internetowych Szpitala, zestawień do tez do kontroli; weryfikacji danych w oparciu o Księgę Rejestrową.

²⁷ Zmniejszenie łóżek o 12 z 35 do 23 w 2019 r.

²⁸ 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).

W Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wykonywane są zabiegi endoprotezoplastyki stawów biodrowych z dostępów klasycznych i małoinwazyjnych, w tym: endoprotezoplastyki przynasadowe (krótkotrzeniowe), endoprotezoplastyki stawów kolanowych całkowite i jednoprzediałowe, endoprotezoplastyki rewizyjnej stawów biodrowych i kolanowych, endoprotezoplastyki całkowitej głowy kości promieniowej, endoprotezoplastyki połowiczej stawu ramiennego, operacje artroskopowe stawu kolanowego (rekonstrukcje ACL, szycie łąkotek, rekonstrukcje chrząstki stawowej), operacje artroskopowe barku (niestabilność stawu ramiennego, uszkodzenia stożka rotatorów, ciasnota podbarkowa), operacje korekcyjne stopy (paluch koślawy, palce młotowate i szponiaste), zespolenia złamań kości przy użyciu nowoczesnych systemów takich jak gwoździe śródszpikowe, zespolenia dynamiczne, płyty kątowo stabilne, stabilizatory zewnętrzne.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 2458 (w 2018 r. – 1122 pacjentów, a w 2019 r. - 1336 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby pacjentów w 2019 r. o 214, czyli o 19,07 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawia się następująco:

- pacjenci pilni²⁹ – 363,
- pacjenci stabilni³⁰ – 1008,
- spoza kolejki³¹ – 1087.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018r. wynosiło 32,2%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 52,6%.

2) I Oddział Pulmonologii w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 18.04.2007 r. i posiada 60 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 51 z kodem 4272. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem: chorób nowotworowych układu oddechowego, zapalenia płuc i oskrzeli, astmy oskrzelowej, zatorowości płucnej, sarkoidozy, rozstrzenia oskrzeli, grzybicy układu oddechowego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, chorób śródmiąższowych płuc w przebiegu chorób ziarniakowych. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 5661 (w 2018 r. – 2800 pacjentów, a w 2019 r. - 2861 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 61, czyli o 2,18 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,

²⁹ Kryteria ustalane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 poz. 1661).

³⁰ Jak wyżej.

³¹ Wszyscy pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala /poradni w trybie innym niż oczekujący.

- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 5661.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018r. wynosiło 93%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 92,1%.

3) II Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 01.09.1975 r. i posiada 56 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 7 z kodem 4270. Oddział zajmuje się m.in. diagnostyką i leczeniem: zaburzeń oddychania w czasie snu (polisomnografia), nowotworów układu oddechowego, astmy oskrzelowej, sarkoidozy, gruźlicy, pylicy, chorób przepony i śródpiersia, refluksu krtaniowo-gardłowego. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4450 (w 2018 r. – 2307 pacjentów, a w 2019 r. - 2143 pacjentów). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 164 , czyli o 7,11 % do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 4450.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 106,9%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 105,2%.

4) IV Oddział Pulmonologiczno - Alergologiczny w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.09.1975 r. i posiada 37 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 9 z kodem 4272.

Oddział zajmuje się m.in. diagnostyką i leczeniem: atopowego zapalenia skóry, alergii pokarmowej, pokrzywki ostrej i przewlekłej, alergii kontaktowej na środki chemiczne, leki i metale, obrzęku Quinckiego, chorób śródmiąższowych płuc (np. alergologiczne zapalenie pęcherzyków płucnych). Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4682 (w 2018 r. – 2400 pacjentów, a w 2019 r. - 2282 pacjentów). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 118 , czyli o 4,92 % w porównaniu do roku poprzedniego.

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 4682.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018r. wynosiło 84,2%, a w 2019r. oscyloowało na poziomie 85,3%.

5) Oddział V Chorób Wewnętrznych³² w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 01.01.2011 r. i posiada 35 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 62 z kodem 4000. Oddział zajmuje się m.in. diagnostyką i leczeniem schorzeń: układu krążenia, układu oddechowego, układu pokarmowego, trzustki i wątroby, nerek i dróg moczowych, cukrzycy i chorób endokrynologicznych, układu krwiotwórczego, układu ruchu i chorób reumatoidalnych, metabolicznych zatruc. W strukturach Oddziału funkcjonują: sala nadzoru (6 łóżek) oraz izolatka. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 2706 (w 2018 r. – 1390 pacjentów, a w 2019 r. - 1316 pacjentów).

Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 74, co czyli o 5,32 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 2706.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 72,2%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 69,6%.

6) Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 01.09.1975 r. i posiada 42³³ łóżka. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 3 z kodem 4500.

Oddział zajmuje się m.in. chirurgią: przewodu pokarmowego, urazową, naczyniową i onkologiczną. W ramach chirurgii miniinwazyjnej wykonuje: laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego, laparoskopową diagnostykę guzów jamy brzusznej, endoskopowe leczenie niewydolności żylniej kończyn dolnych, endoskopowe usunięcie kamieni z dróg żółciowych, endoskopowe hamowanie krwawień z przewodu pokarmowego oraz endoskopowe usuwanie polipów przewodu pokarmowego i protezowanie przewodu pokarmowego. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 6209 (w 2018 r. – 3147 pacjentów, a w 2019 r. - 3062 pacjentów). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 85, czyli o 2,7 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 6209.

³² Do dnia 9.08.2019 r. komórka nosiła nazwę Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii.

³³ Zmniejszenie liczby łóżek o 10 z 52 do 42 w 2019 r.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018r. wynosiło 43,2%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 59,3%.

7) Oddział VII Urologiczny w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 01.09.1975 r. i posiada 40 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 4 z kodem 4640.

Oddział specjalizuje się w wykonywaniu zabiegów endoskopowych na: cewce moczowej, pęcherzu, gruczole krokowym, moczowodach, nerkach. Wykonuje pełny zakres zabiegów z dziedziny endourologii, tj. zabiegi TUR-P, TUR-BT, URS, PCNL, zabiegi rekonstrukcyjne i laparoskopowe oraz otwarte zabiegi z dziedziny urologii onkologicznej. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 5365 (w 2018 r.–2644 pacjentów, a w 2019 r. - 2721 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 77, czyli o 2,91% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 5365.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 79%, a w 2019r. oscylowało na poziomie 83%.

8) Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 01.09.1975 r. i posiada 41 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 5 z kodem 4520. Profil świadczonych usług w Oddziale obejmuje: pełen zakres diagnostyki inwazyjnej chorób układu oddechowego i górnego odcinka przewodu pokarmowego, leczenie chirurgiczne chorób w obrębie klatki piersiowej (w szczególności: onkologicznych układu oddechowego i górnego odcinka przewodu pokarmowego), chirurgiczne leczenie rozedmy i odmy, zabiegi małoinwazyjne w technice wideo, chirurgię rekonstrukcyjną klatki piersiowej, chirurgię tarczycy i guzów śródpiersia, leczenie ciężkich urazów wielonarządowych oraz leczenie powikłań ropnych chorób klatki piersiowych. Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4158 (w 2018 r. - 2084 pacjentów, a w 2019 r. - 2074 pacjentów). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 10, czyli o 0,48% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0 ,
- pacjenci stabilni – 0 ,
- spoza kolejki – 4158.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 90,5%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 93,1%.

9) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 3.11.2006 r. i posiada 7 łóżek. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 47 z kodem 4260.

Działalność Oddziału obejmuje: opiekę i terapię pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia (intensywna terapia), znieczulania pacjentów poddanych operacjom i badaniom diagnostycznym (blok operacyjny), leczenie bólu przewlekłego zarówno nowotworowego, neuropatycznego, ośrodkowego (Poradnia Leczenia Bólu). Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 319 (w 2018 r. – 143 pacjentów, a w 2019 r. - 176 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 33, co stanowi wzrost o 23% w porównaniu do roku poprzedniego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami w komórce organizacyjnej nie prowadzi się listy oczekujących³⁴.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 68,9%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 76,7%.

10) Poradnia Ortopedyczna w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 01.01.2014 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 84 z kodem 1580. W okresie objętym kontrolą w poradni leczono łącznie 4442 pacjentów³⁵, (pilni -1, stabilni - 347, spoza kolejki - 4094). W 2018 roku liczba udzielonych porad wyniosła 2062, tj. 6,96% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 2380. tj. 7,90% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost o 318 porad.

Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 3 dni w tygodniu łącznie przez 12 godzin.

11) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej - w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 01.07.2012 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 64 z kodem 1520.

W okresie objętym kontrolą w poradni leczono łącznie 3863 pacjentów, (100% spoza kolejki) W 2018 r. liczba udzielonych porad wyniosła 1868, tj. 6,31% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 – 1995 pacjentów, tj. 6,62 % wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost o 127 porad. Poradnia w 2018 r. czynna była 5 dni w tygodniu łącznie przez 15 godzin. W 2019 r. zmniejszono tygodniową liczbę godzin pracy poradni do 12 godzin i ograniczono dni przyjęć do 4 w tygodniu.

12) Poradnia Urologiczna - w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 24.09.2015 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 91 z kodem 1640. W okresie objętym kontrolą

³⁴ Słownik świadczeń podlegających sprawozdawczości komunikatem XML danych o listach oczekujących ogłaszany i aktualizowany przez Centralę NFZ.

³⁵ Liczba leczonych – wszystkie udzielone porady pacjentom będącym pod opieką poradni w danym roku.

w poradni leczono 3666 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 46, spoza kolejki 3620), W 2018 r. liczba udzielonych porad wyniosła 1867, tj. 6,30% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 1799, tj. 5,97 % wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. Zanotowano zatem spadek liczby porad o 68 porad. W 2018 r. Poradnia czynna była 3 dni w tygodniu łącznie przez 11 godzin. W 2019 r. zwiększono liczbę godzin pracy poradni do 14,05 godzin wydłużając przyjęcia do 4 dni w tygodniu.

13) Poradnia Alergologiczna usytuowana jest przy Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Kielcach ul. Jagiellońska 72, w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 01.09.1975 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 22 z kodem 1010.

W okresie objętym kontrolą w poradni leczono 14 993 pacjentów (pilni - 4, stabilni - 134, spoza kolejki – 14855). W 2018 r. liczba udzielonych porad wyniosła – 7568, tj. 25,6% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 7425, tj. 24,65 % wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. Zanotowano zatem spadek liczby porad o 143 porad. W 2018 r. poradnia czynna była 4 dni w tygodniu łącznie przez 32 godziny. W 2019 r. poradnia skróciła ilość godzin pracy do 30,35 godzin zachowując dostępność przez 4 dni w tygodniu.

14) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem – w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 01.01.2013 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 77 z kodem 1860. W okresie objętym kontrolą w poradni leczono 1109 pacjentów (100% tym: spoza kolejki). W 2018 r. liczba udzielonych porad wyniosła - 515 pacjentów, tj. 1,74% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. -594, tj. 1,97% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. Zanotowano wzrost o 79 porad.

W okresie objętym kontrolą Poradnia była czynna 5 dni w tygodniu łącznie przez 13,35 godzin. Kontrolujący zwrócili się z prośbą o wyjaśnienie powodów zmian godzin i dni pracy poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, Urologicznej, Alergologicznej, odbierając wyjaśnienie w treści: *Zmiany w harmonogramach pracy w poszczególnych poradni w trakcie trwania roku uwarunkowane były m.in. urlopami personelu, trwającymi kursami specjalizacyjnymi poszczególnych osób, zwolnieniami, dostosowywaniem do aktualnych potrzeb świadczeniobiorców jak również optymalizacją czasu pracy poszczególnych komórek.*

(Dowód: akta kontroli str. 71-79 Zestawienie nr 4, 4A, 4C, 4D,6 podpisane przez Dyrektora Szpitala)

Następnie szczegółowej analizie poddano na koniec 2018 r. i 2019 r. kolejki oczekujących na przyjęcie do:

1. Oddziału IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu - jedyna komórka organizacyjna leczenia szpitalnego, w której w okresie objętym kontrolą zanotowano oczekujących na świadczenie medyczne;
2. do poradni specjalistycznych - 5 losowo wybranych.

Według zestawień podpisanych przez Dyrektora Szpitala ustalono, że:

Ad.1. w Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu do końca I kwartału 2019 r. zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzono kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziału oraz na zabiegi z zakresu „endoprotezoplastyki stawu biodrowego” oraz „endoprotezoplastyki stawu kolanowego” zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia³⁶.

W oparciu o wprowadzane zmiany do ww. dokumentu³⁷ od dnia 1.04.2019 r. w oddziale wyłoniono dodatkowo kolejki oczekujących m.in. na świadczenia z zakresu: „artroskopii leczenia stawu kolanowego”, „leczenia operacyjnego ścięgna nadgarstka”, „operacji palucha koślawego”.

Powyższe ustalenia potwierdził Dyrektor Szpitala wskazując, że *Minister Zdrowia Rozporządzeniem z dnia 5 lutego 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych wprowadził obowiązek prowadzenia list oczekujących z dniem 1 kwietnia 2019 r. na procedury „Artroskopii Leczenia stawu kolanowego”, „Operacja palucha koślawego”, „ Leczenia operacyjnego ścięgna nadgarstka”.*

(Dowód: akta kontroli patrz str. 75 Wyjaśnienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)

W rezultacie w Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu ustalono, że:

- a) na przyjęcie do oddziału na koniec 2018 r. było łącznie 451 osób, w tym: 143 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 25 dni i 308 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 78 dni. Z kolei na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 920 osób, w tym: 220 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 15 dni i 700 przypadki stabilne

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2008, nr 123, poz. 801 ze zm.)

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2019, poz. 333).

ze średnim czasem oczekiwania 79 dni. W porównaniu z 2018 r. średni czas oczekiwania w 2019 r. zmniejszył się o 10 dni w przypadkach pilnych mimo wzrostu liczby oczekujących o 77 pacjentów. W przypadkach stabilnych zanotowano w 2019 r. zwiększenie liczby oczekujących na świadczenie zdrowotne o 392 pacjentów i wydłużenie czasu oczekiwania o 1 dzień;

- b) na przyjęcie w ramach świadczeń z zakresu artroskopii stawu kolanowego w 2018 r. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, kolejek oczekujących nie prowadzono. W 2019 r. odnotowano łącznie 102 oczekujących na udzielanie świadczenia, w tym: 29 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 16 dni oraz 73 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 52 dni;
- c) na przyjęcie w ramach świadczeń z zakresu operacji palucha koślawego w 2018 r. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, kolejek oczekujących nie prowadzono. W 2019 r. odnotowano 32 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 62 dni;
- d) na przyjęcie w ramach świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego na koniec 2018 r. na listach oczekujących były 222 osoby, w tym: 58 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 43 dni i 164 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 143 dni. Analogicznie w 2019 r. liczba oczekujących wyniosła 211 osoby, z czego: 79 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 20 dni i 132 osoby jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 118 dni. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych uległ skróceniu o 23 dni, mimo wzrostu liczby oczekujących pacjentów na udzielenie świadczenia o 11. W przypadkach stabilnych zanotowano spadek liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia o 32 i skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenie o 25 dni;
- e) na przyjęcie w ramach świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego na koniec 2018 r. na listach oczekujących było łącznie 138 pacjentów, w tym: 68 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 21 dni i 70 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 332 dni. Na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 144 osób, w tym: 12 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 28 dni i 132 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 126 dni. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. mimo spadku liczby pacjentów oczekujących w przypadkach pilnych o 56, średni czas oczekiwania wydłużył się o 7 dni. W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do kategorii stabilny zanotowano wzrost

liczby oczekujących o 62 osoby, z jednoczesnym skróceniem czasu oczekiwania na świadczenie o 206 dni;

- f) na przyjęcie w ramach świadczeń z zakresu leczenia operacyjnego cieśni nadgarstka, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa kolejek oczekujących nie prowadzono. W 2019 r. liczba oczekujących wyniosła 45 osób, w tym: 5 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 7 dni i 40 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 46 dni.

Ad.2. Świadczenia udzielane w:

- a) Poradni Ortopedycznej w 2018 r. na listach oczekujących na przyjęcie do poradni oczekiwały 22 osoby wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 44 dni. Natomiast na koniec 2019 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia 326, w tym: 1 przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania 2 dni i 325 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 7 dni. W 2019 r. liczba oczekujących zwiększyła się o 1 osobę w kategorii pilny i o 303 osoby w kategorii stabilny, mimo zmniejszenia średniego czasu oczekiwania o 37 dni;
- b) Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej świadczenia realizowane były na bieżąco;
- c) Poradni Urologicznej w 2018 r. zanotowano 112 osób, wszystkie w kategorii stabilny ze średnim czasem oczekiwania 91 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na świadczenia zdrowotne w kategorii stabilny wynosiła 134 osoby ze średnim czasem oczekiwania 120 dni. Zanotowano zatem wzrost liczby oczekujących na udzielenie świadczenia o 22 osoby oraz wzrost średniego czasu oczekiwania o 29 dni;
- d) Poradni Alergologicznej w 2018 r. oczekiwało 145 osób, wszystkie jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 50 dni. W 2019 r. zanotowano 191 osób oczekujących, w tym: 3 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 5 dni oraz 188 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 56 dni. Zanotowano zatem wzrost liczby oczekujących o 43 w przypadkach stabilny wraz ze wzrostem czasu oczekiwania o 6 dni, oraz pojawienie się oczekujących w kategorii pilny.
- e) Poradni Domowego Leczenia Tlenem świadczenia realizowane były na bieżąco.

(Dowód: akta kontroli str. 80-81 Zestawienia sporządzone przez Kierownika Działu Dokumentacji i Rozliczeń NFZ)

Kontrolujący zwrócili się z prośbą o wyjaśnienie powodu tworzenia się kolejek oczekujących, odbierając wyjaśnienie od Kierownika Działu Dokumentacji i Rozliczeń NFZ w treści *Głównymi składowymi powstawania kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach są wysokie potrzeby zdrowotne pacjentów skorelowane z dostępną kadrą medyczną oraz wartościami umów zawartymi z Narodowym*

Funduszem Zdrowia. Również istotnym czynnikiem w przypadku zabiegów jest stan zdrowia pacjenta m.in. na dzień zabiegowy, który może się zmieniać od innych wskazań medycznych, co może spowodować przesunięcie pacjenta na inny termin, a z uwagi na czas do przygotowania do zabiegu brak jest możliwości przyjęcia innego pacjenta w miejsce świadczeniobiorcy, u którego nie mógł odbyć się zabieg.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 81 Wyjaśnienie sporządzone przez Kierownika Działu Dokumentacji i Rozliczeń NFZ)

W ramach dostępności do świadczeń w toku kontroli zebrano dane dotyczące ilości wykonanych badań w: Dziale Diagnostyki Obrazowej³⁸, Dziale Endoskopii³⁹ oraz Pracowni Badań Urodynamicznych⁴⁰. Ustalono, że:

1. Dział Diagnostyki Obrazowej obejmuje: Pracownię Tomografii Komputerowej⁴¹ z kodem resortowym 7220 (zwana dalej Pracownią TK), Pracownię RTG⁴² z kodem resortowym 7240, Pracownię RTG⁴³ przy ul. Jagiellońskiej 72 w Kielcach z kodem resortowym 7240 oraz Pracownię USG⁴⁴ z kodem resortowym 7210.
2. Dział Endoskopii⁴⁵ obejmuje: Pracownię Bronchoskopii diagnostycznej zabiegowej⁴⁶ z kodem resortowym 7910 oraz Pracownię Kolonoskopii⁴⁷ z kodem resortowym 7910.
3. Pracownia Badań Urodynamicznych⁴⁸ z kodem resortowym 7912 strukturalnie ściśle powiązana jest z Poradnią Urologiczną.

Ad. 1. w 2018 r. w Dziale Diagnostyki Obrazowej wykonano łącznie: 36256 badań, w tym: Pracownia Tomografii Komputerowej – 7850, Pracownia RTG – 17952, Pracownia RTG ul. Jagiellońska 72 Kielce – 1930, Pracownia USG – 8524. Z przedstawionego zestawienia wynika, że w 2019 r. ilość wykonanych badań wzrosła o 1572 i wyniosła 37828, w tym w: Pracowni TK 8333 (wzrost o 483), Pracowni RTG – 18407 (wzrost o 455), Pracowni RTG ul. Jagiellońska 72 Kielce - 2028 (wzrost o 98), Pracowni USG – 9 060 badań (wzrost o

³⁸ Poz. 38 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 16.09.2002 r. z kodem resortowym 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe.

³⁹ Poz. 48 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 08.11.2006 r. z kodem resortowym 7910 Pracownia endoskopii.

⁴⁰ Poz. 57 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 14.06.2004 r. z kodem resortowym 7912 Pracownia Urodynamiczna.

⁴¹ Poz. 66 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.01.2013 r.

⁴² Poz. 55 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.01.2007 r.

⁴³ Poz. 67 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.01.2013 r.

⁴⁴ Poz. 78 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.01.2013 r.

⁴⁵ Poz. 48 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 8.11.2006 r.

⁴⁶ Poz. 49 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 8.11.2006 r.

⁴⁷ Poz. 69 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.01.2013 r.

⁴⁸ Poz. 57 w RWDL – Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 14.06.2004 r.

536). Reasumując w okresie objętym kontrolą łączna liczba badań wykonanych w Dziale Diagnostyki Obrazowej wyniosła 74084 badań.

Ad. 2. w 2018 r. w Dziale Endoskopii wykonano łącznie 8616 badań, w tym w: Pracowni Bronchoskopii diagnostyczno - zabiegowej łącznie -3329; w Pracowni Gastroskopii – 3472, w Pracowni Kolonoskopii – 1815. Z przedstawionego zestawienia wynika, że liczba badań w 2019 r. wzrosła o 1043 i wyniosła 9659 badań, w tym w: Pracowni Bronchoskopii diagnostyczno-zabiegowej wykonano 3350 badań (wzrost o 21), Pracowni Gastroskopii 3770 badań (wzrost o 298), Pracowni Kolonoskopii 2539 badań (wzrost o 724). Reasumując w okresie objętym kontrolą łączna liczba badań wykonanych w Dziale Endoskopii wyniosła 18275 badań.

Ad. 3. W 2018 r. w Pracowni Badań Urodynamicznych wykonano 54 badania, zaś w 2019 r. przeprowadzono 46 badań (wzrost o 8).

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że Szpital realizuje tzw. świadczenia ambulatoryjne diagnostyczne kosztochłonne, które umożliwiają pacjentom z zewnątrz wykonywanie badań tomografii komputerowej, badań endoskopowych (gastroskopia i kolonoskopia). Wykazano, że w okresie objętym kontrolą:

1. Pracownia TK była czynna 5 dni w tygodniu łącznie 63 godziny.
2. Pracownia Gastroskopii w 2018 r. czynna była 4 dni w tygodniu łącznie 24 godziny. W 2019 r. zwiększono ilość dni pracy Pracowni do 5 dni w tygodniu wydłużając o 6 godzin czas pracy;
3. Pracownia Kolonoskopii czynna była 5 dni w tygodniu łącznie 12,55 godzin.

Jednocześnie ustalono, iż w 2018 r. nie odnotowano kolejki oczekujących na badania kosztochłonne tomografii komputerowej. Natomiast w 2019 r. liczba oczekujących na badania TK wynosiła łącznie 34 osoby, w tym: 1 przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania 2 dni i 33 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 3 dni. Dalsza analiza przedłożonych do kontroli dokumentów pozwoliła na ustalenie, że w 2018 r. na świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie: gastroskopii i kolonoskopii nie odnotowano kolejki oczekujących. Natomiast w 2019 r. liczba oczekujących na badania gastroskopii wynosiła łącznie 778 osób, w tym: 2 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 4 dni oraz 776 stabilne ze średnim czasem oczekiwania 9 dni. Natomiast liczba oczekujących na badania kolonoskopii w 2019 r. wyniosła łącznie 320 osób, w tym: 3 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 6 dni i 317 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 17 dni.

W odpowiedzi na zadane przez kontrolujących pytanie o powód powstawania kolejek oczekujących w ww. komórkach organizacyjnych Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Głównymi składowymi powstawania kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach są wysokie potrzeby zdrowotne pacjentów skorelowane*

z dostępną kadrą medyczną oraz wartościami umów zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(Dowód: akta kontroli str. 82-87 Zestawienia i Wyjaśnienie podpisane przez Dyrektora/Kierownika Działu Dokumentacji i Rozliczeń NFZ/)

Oceniając dostępność do świadczeń, kontrolujący na podstawie zestawienia nr 5 do tez kontroli⁴⁹ ustalili, że w badanym okresie w Izbie Przyjęć⁵⁰:

1. ilość odmów ogółem wyniosła 10691, z czego: w 2018 r.- 5278, a w 2019 r. – 5413 (wzrost o 135);
2. utrzymuje się trend sukcesywnego spadku ilości odmów w każdym następnym kwartale (z wyjątkiem IV kwartału 2018 r.);

Według przedłożonego zestawienia przyczyny odmów w okresie objętym kontrolą obejmowały:

- 9389 przypadki – brak wskazań do hospitalizacji,
- 357 przypadki – skierowanie do innego szpitala,
- 10 przypadków – zgon pacjenta,
- 493 przypadki – odmowa hospitalizacji przez pacjenta,
- 358 przypadki – ustalenie terminu,
- 16 przypadków – samowolne opuszczenie Izby Przyjęć
- 32 przypadki – brak wolnych łóżek,
- 36 przypadki – zakwalifikowane jako „inne”.

(Dowód: akta kontroli str. 88 Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala)

2.4. Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Kontrolujący ustalili, że w latach 2018-2019 zmianie ulegały niektóre zapisy u.ś.o.z. Stwierdzono, iż istotne dla przebiegu kontroli okazały się zmiany dokonane w związku

⁴⁹ Zestawienie nr 5 do tez kontroli – Odmowy przyjęcia pacjenta w latach 2018 – 2019.

⁵⁰ Poz. 10 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 1.09.1975r.

z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia⁵¹ bezpośrednio modyfikujące część zapisów dotyczących prowadzenia list oczekujących, które stały się integralną częścią harmonogramów przyjęć. Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii oczekujący zgodnie z art. 19a ust. 2 pkt 1 lit.c u.ś.o.z. świadczeniodawca jest zobowiązany do ustalenia terminu udzielenia świadczenia wynikającego z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, stosownie do art. 20 u.ś.o.z. Powyższe potwierdził Dyrektor Szpitala informując, że *Listy osób oczekujących obecnie są częścią harmonogramu przyjęć, który oprócz pacjentów oczekujących (pierwszorazowych) obejmuje również pacjentów przyjętych na bieżąco, posiadających prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, przyjętych w stanie nagłym oraz kontynuujących leczenie. Powyższe informacje gromadzone są w postaci elektronicznej przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze i przesyłane za pośrednictwem systemów informatycznych, które dostosowano do zarządzania harmonogramami przyjęć z uwzględnieniem obowiązujących przepisów Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) od 1 lipca 2019 roku.*

(Dowód: akta kontroli str. 89 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę, a prawo do wydania lub uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej szczegółowo określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵², na potrzeby kontroli Dyrektor Szpitala opisał zasady tworzenia list oczekujących w Szpitalu, informując, iż *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (...) prowadzi listy oczekujących na udzielanie świadczenia w aplikacji AP-KOLCE udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia do prowadzenia list oczekujących jak również w programie Szpitala. Wszystkie pozycje związane z kolejkami oczekujących dotyczyły wyłącznie pacjentów pierwszorazowych. Od lipca 2019 r. listy osób oczekujących stały się częścią „harmonogramu*

⁵¹ Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2018 poz. 2429) oraz Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U.2019 poz.1590).

⁵² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 t. j.). Art. 26 ww. ustawy określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze).

przyjęć” (prowadzonego w czasie rzeczywistym), w którym oprócz pacjentów oczekujących (pierwszorazowych) zamieszczeni są również pacjenci przyjmowani na bieżąco, posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, przyjętych w stanie nagłym oraz kontynuujących leczenie.

(Dowód: akta kontroli str. 90. Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

Jednocześnie oświadczone, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami (...) Ustalana jest kolejność przyjęć i zapewnienie prawidłowego prowadzenia list z zachowaniem szczególnych uprawnień do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej Art. 47c ust. 1⁵³ ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm).

(Dowód: akta kontroli str. 91 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

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. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) *wpisów do harmonogramów przyjęć dokonuje się każdego dnia przez personel medyczny oraz sekretarki medyczne, którym nadano uprawnienia w systemie informatycznym poprzez loginy identyfikujące imię i nazwisko osoby realizującej wpis.*

(Dowód: akta kontroli str. 92 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

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 Dyrektora Szpitala informację, że (...) *Szpital uzyskał zgodę od Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na przekazywanie powyższych danych raz w tygodniu.*

(Dowód: akta kontroli str. 93 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

⁵³Art. 47c ust. 1 u.ś.o.z. zawiera katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (...) poza kolejnością, np.: kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci.

Ustalono, iż przedmiotowa zgoda wydawana została przez Świątokrzyski 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., z datą obowiązywania do 31.12.2019 r. Z kolei w dniu 28.11.2019 r. Jednostka

Kontrolowana uzyskała przedmiotową zgodę *do czasu występowania ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy.*

(Dowód: akta kontroli str. 94-95. Wydruk z programu SZOI- zgoda NFZ)

2.5. Działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć

W trakcie czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu Oceny Przyjęć pod kątem przepisów o których mowa w art. 21 u.s.o.z. W tym zakresie ustalono, że do 18.06.2019 r. w Podmiocie Leczniczym funkcjonował *Dokument organizacyjny DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji”* (wydanie 3 z dnia 20.02.2015 r.)⁵⁴ zastąpiony *Dokumentem organizacyjnym pn. Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji* (wydanie 4 z dnia 18.06.2019 r.) zatwierdzony przez Dyrektora Podmiotu Leczniczego. W Załączniku nr 7 do ww. dokumentu określono m.in. trzyosobowy skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów⁵⁵ (zwanego w dalszej części Zespołem), zadania Zespołu⁵⁶ i częstotliwości zebrań Zespołu⁵⁷. Według dalszej treści Załącznika opracowywane miesięczne Raporty z analizy list oczekujących miały być przekazywane Dyrektorowi Szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 96-102 Dokument organizacyjny – Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji – wyd.4 z dn.18.06.2019r. wraz z Załącznikiem nr 7)

Biorąc powyższe pod uwagę na podstawie okazanych materiałów źródłowych tj. *Protokołów z zebrań Zespołu do Spraw Oceny Przyjęć Pacjentów*⁵⁸, *Raportu z Działalności Zespołu*

⁵⁴ Dokument był szczegółowo analizowany w trakcie czynności kontrolnych przeprowadzonych w roku 2018 przez pracowników Departamentu Ochrony Zdrowia.

⁵⁵ lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, naczelną pielęgniarka.

⁵⁶ Do zadań Zespołu należy miesięczna analiza i ocena list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

⁵⁷ Spotkania 1 raz w miesiącu dokumentowane w postaci list obecności, protokołów oraz raportów z analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia.

⁵⁸ Protokoły: nr 1/2019 z dn. 31.01.2019 r., nr 2/2019 z dn. 28.02.2019 r., nr 3/2019 z dn. 29.03.2019 r., nr 4/2019 z dn. 29.04.2019 r., nr 5/2019 z dn. 30.05.2019 r., nr 6/2019 z dn. 28.06.2019 r., nr 7/2019 z dn. 31.07.2019 r., nr 8/2019 z dn. 30.08.2019 r., nr 9/2019 z dn. 27.09.2019 r., nr 10/2019 z dn. 31.10.2019 r., nr 11/2019 z dn. 28.11.2019 r., nr 12/2019 z dn. 30.12.2019 r.

za rok 2019, list obecności ustalono, że Zespół raz w miesiącu, w wyznaczonym składzie dokonywał na podstawie wydruku raportu z kolejek oczekujących, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczynach zmian terminów. Każdorazowo były sporządzane protokoły z zebrań Zespołu, które przedstawiano Dyrektorowi Szpitala. Według treści dokumentów Zespół nie odnotował błędów w prowadzeniu dokumentacji oraz zasadności i przyczynach zmian terminów na udzielenie świadczeń. W oparciu o *Raport z działalności zespołu za rok 2019*, w którym dokonano rocznej analizy czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń wykazano m.in., że w przypadku świadczeń z zakresu:

- a) endoprotezoplastyki stawu biodrowego – średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych to około 19 dni a dla przypadków stabilnych 158 dni⁵⁹; rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego – średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych 21 dni⁶⁰ a dla przypadków stabilnych 0 dni⁶¹;
- b) endoprotezoplastyki stawu kolanowego – średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych 21 dni a dla przypadków stabilnych 54 dni – zaobserwowano skrócenie czasu oczekiwania w porównaniu do roku 2018 (199 dni); rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego - średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych, tak samo jak w roku 2018 wynosił – 0 dni, dla przypadków stabilnych zmniejszył się do 0 dni⁶²;
- c) artroskopii rekonstrukcyjnej więzadeł – średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych 9 dni a dla przypadków stabilnych 54 dni;
- d) plastyki więzadeł pobocznych kolana – realizowane były na bieżąco;
- e) leczenia operacyjnego zespołu cieśni – średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych 11 dni a dla przypadków stabilnych 32 dni;
- f) operacji palucha koślawego – przypadki pilne realizowane na bieżąco, średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych 69 dni⁶³. Zespół wykazał, że operacje przepukliny pachwinowej, usunięcia żyłaków kończyny dolnej oraz zabiegi w zakresie termolezji i blokady przeprowadzane były bez zwłoki.

(Dowód: akta kontroli str. 103-106 Raport z działalności Zespołu za rok 2019)

⁵⁹ prawie dwukrotnie krótszy niż w 2018r. (333 dni)

⁶⁰ porównywalnie do roku 2018 (28 dni)

⁶¹ jak w 2018r.

⁶² W roku 2018 – 46 dni

⁶³ Procedury wymienione w punktach od c) do f) nie były raportowane w roku 2018

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

Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 26.03.2020 r., znak: L.dz.AK-184-253/2020 oświadczył, że (...) w okresie objętym kontrolą (...) nie były przeprowadzane konkursy na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

(Dowód: akta kontroli str.107 Oświadczenie Dyrektora Szpitala)

2.7. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne

Według zestawienia i informacji sporządzonych przez Koordynatora Sekcji Planowania i Organizacji oraz Koordynatora Sekcji ds. Osobowych, w latach 2018 – 2019, Podmiot Leczniczy przeprowadził na realizację świadczeń zdrowotnych łącznie 74 konkursy ofert⁶⁴ i 49 postępowań bez przeprowadzenia konkursu.

W roku 2018: 1) w trybie konkursu ofert przeprowadzono łącznie 39 postępowań, w tym: 30 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny i 9 postępowań na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego;

2) bez przeprowadzenia konkursu ofert przeprowadzono łącznie 27 postępowań, w tym: 17 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 10 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego. W roku 2019: 1) w trybie konkursu ofert przeprowadzono łącznie 35 postępowań, w tym: 33 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny i 2 postępowania na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego; 2) bez przeprowadzenia konkursu ofert przeprowadzono łącznie 22 postępowania, w tym: 13 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 9 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

W następstwie ww. działań, w latach 2018 – 2019 Podmiot Leczniczy zawarł łącznie 178 umów, z tym, że:

1) w roku 2018 – 49 umów w trybie konkursowym, w tym: 37 z personelem medycznym,

⁶⁴ 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.)

- 12 z podmiotami zewnętrznymi; 27 umów bez przeprowadzenia konkursu, w tym: 17 z personelem medycznym, 10 z podmiotami zewnętrznymi;
- 2) w roku 2019 – 80 umów w trybie konkursowym, w tym: 79 z personelem medycznym, 1 z podmiotami zewnętrznymi; 22 umowy bez przeprowadzenia konkursu, w tym: 13 z personelem medycznym, 9 z podmiotami zewnętrznymi.

(Dowód: akta kontroli str.108 Zestawienie sporządzone przez Koordynatora Sekcji Planowania i Organizacji oraz Koordynatora Sekcji ds. Osobowych, podpisane przez Dyrektora)

Koordinatorka Sekcji Planowania i Organizacji oraz Koordynatorka Sekcji ds. Osobowych w piśmie z dnia 17.04.2020 r. poinformowały, że zakresy rozstrzygniętych, w latach 2018-2019, konkursów dotyczyły m.in. 1) wykonywania badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze, 2) udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy: w Oddziale VII Urologicznym, w Poradni Alergologicznej WPS Szpitala w Czerwonej Górze, w Oddziale IV Pulmonologiczno- Alergologicznym, w Oddziale V Chorób Wewnętrznych, w Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Oddziale V Chorób Wewnętrznych, w Oddziale VIII Chirurgii Klatki piersiowej, w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz w Dziale Endoskopii, w Dziale Diagnostyki Obrazowej, w Izbie Przyjęć, 3) udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego w trybie ambulatoryjnym w Dziale Endoskopii; 4) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie sporządzania opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej drogą teleradiologii dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze. Jednocześnie, że w latach 2018 – 2019 unieważniono łącznie 9 konkursów w tym: 8 w roku 2018 i 1 w roku 2019 w przedmiocie: 1) realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kardiologicznych (TTE i TEE) oraz specjalistycznych konsultacji kardiologicznych udzielanych przez lekarzy w Pracowni Badań Układu Krążenia⁶⁵; 2) realizacji świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale V Chorób Wewnętrznych⁶⁶; 3) wykonywania badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze⁶⁷; 4) sporządzania opisów badań rentgenowskich

⁶⁵ nie wpłynęła żadna oferta;

⁶⁶ nie wpłynęła żadna oferta;

⁶⁷ 2-krotnie unieważniono – wpłynęła 1 oferta podlegająca odrzuceniu;

i tomografii komputerowej drogą teleradiologii⁶⁸; 5) wykonywania badań RTG – klatki piersiowej w ramach projektu: Wczesna diagnostyka gruźlicy u mieszkańców województwa świętokrzyskiego z grup szczególnego ryzyka, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego⁶⁹; 6) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań molekularnych i cytogenetycznych na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze⁷⁰ (...).

(Dowód: akta kontroli str. 109. Informacja sporządzona przez Koordynatora Sekcji Planowania Organizacji oraz Koordynatora Sekcji ds. Osobowych, podpisana przez Dyrektora)

Szczegółowym badaniem objęto dwa konkursy ofert przeprowadzone w 2018 r., w tym po jednym na:

1. Zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu – *Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale V Chorób Wewnętrznych;*
2. Zlecenie podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń zdrowotnych – *Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze.*

Ad. 1 Do przeprowadzenia konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny Zarządzeniem nr 48a/2013 z dnia 05.09.2013 r. Dyrektor powołał stałą czteroosobową komisję konkursową. Przed wszczęciem konkursu ustalono wartość szacunkową zamówienia w oparciu o kwoty z poprzednich obowiązujących umów⁷¹. W kontrolowanym konkursie ofert w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanych dalej SWKO) zatwierdzonych przez Dyrektora opisano m.in. przedmiot zamówienia, warunki wymagane od świadczeniobiorców, wymagane dokumenty, kryteria oceny ofert⁷², a w załącznikach formularz ofertowy, oświadczenie o spełnieniu wymogów wskazanych w SWKO, wzór umowy. Informacje o konkursie ofert Podmiot Lecznicy upublicznił

⁶⁸ nie wpłynęła żadna oferta;

⁶⁹ 3-krotnie unieważniono, pierwsze postępowanie unieważniono – wpłynęła jedna oferta, która podlegała odrzuceniu, dwukrotnie unieważniono – postępowanie było obciążone niemożliwą do uśnięcia wadą, uniemożliwiająca zawarcie ważnej umowy;

⁷⁰ wpłynęły dwie oferty podlegające odrzuceniu;

⁷¹ Łączna maksymalna wartość zamówienia w okresie VII.2018 r.-VI2021 r. ustalona została na kwotę 177 320 zł netto/brutto.

⁷² Cena – 60 pkt, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość – od 5 do 10 pkt – max do 40 pkt

zamieszczając ogłoszenie⁷³ i SWKO na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej Szpitala w dniu 14.06.2018 r.

(Dowód: akta kontroli str.110-120 Zarządzenie ws. powołania Komisji Konkursowej, Wartość szacunkowa, Ogłoszenie o konkursie SWKO)

Oferta jednego lekarza zawierająca m.in. dokumenty o jego kwalifikacjach i uprawnieniach (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, kartę szkolenia specjalizacyjnego), informację o doświadczeniu zawodowym, wysokości wynagrodzenia oraz oferowanej liczbie dyżurów w miesiącu wpłynęła w ustalonym terminie tj. do 26.06.2018 r. do godz.10.00.

Dokumentacja z postępowania konkursowego zawierała *Protokół z Negocjacji* datowany na 26.06.2018 r. według treści którego Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z lekarzem, który złożył ofertę ze względu na fakt, że zaproponowana cena jednostkowa za godzinę pełnionego dyżuru była o 10,00 zł wyższa niż oczekiwana przez Szpital. Jak wskazała Komisja Konkursowa decyzja o przeprowadzeniu negocjacji była podyktowana m.in. *trudną sytuacją kadrową w Oddziale V Chorób Wewnętrznych i koniecznością zapewnienia ciągłości opieki pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu w godzinach 14.35-7.00 (zbliżający się okres urlopowy); oferent był pracownikiem Oddziału V Chorób Wewnętrznych, posiada wiedzę na temat funkcjonowania oddziału i obowiązujących procedur.*

Ostatecznie w wyniku przeprowadzonych negocjacji ustalono cenę jednostkową za godzinę pełnionego dyżuru w kwocie przewidywanej przez Szpital, czyli 65,00 zł. Oferta została oceniona łącznie na 90 pkt (cena 60 pkt, jakość i kompleksowość – 10 pkt, dostępność – 10 pkt, ciągłość – 10 pkt). Informację o rozstrzygnięciu konkursu zamieszczono na tablicy ogłoszeń w dniu 27.06.2018 r.

(Dowód: akta kontroli str. 121- 125 Protokół z posiedzenia Komisji Konkursowej wraz z Protokołem z Negocjacji, Informacja o rozstrzygnięciu konkursu)

W efekcie przeprowadzonego postępowania konkursowego w dniu 29.06.2018r.⁷⁴ Szpital podpisał umowę nr 5/KD/2018 z lekarzem prowadzącym działalność gospodarczą jako Prywatna Praktyka Lekarska (...) na czas określony od dnia 01.07.2018 r. do dnia 30.06.2021 r. Świadczeniodawca został zobowiązany do *udzielania świadczeń*

⁷³ Do opisu przedmiotu zamówienia zastosowano nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień.

⁷⁴ W związku z treścią art. 154 ust. 1 i 2 u.ś.o.z. Świadczeniodawca oświadczył na piśmie, że w związku z przystąpieniem do konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Oddziale V Chorób Wewnętrznych nie będzie wnosił protestu o odwołania co do trybu i zakresu prac komisji konkursowej i rozstrzygnięcia konkursu

zdrowotnych w Oddziale V Chorób wewnętrznych zgodnie z ustalonym na dany miejsc harmonogramem określającym dni i godziny świadczenia opieki lekarskiej.

Stosownie do treści ww. umowy wynagrodzenie w kwocie 65,00 zł za 1 godzinę udzielania świadczeń miało być płatne do końca miesiąca po złożeniu przez Świadczeniodawcę rachunku do 5-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni wraz z zestawieniem godzin udzielania świadczeń.

(Dowód: akta kontroli str. 126-135 Umowa nr 5/KD/2018 z dn. 29.06.2018 r. wraz z Oświadczeniem Świadczeniodawcy)

Na podstawie przedłożonych faktur za IV kwartał⁷⁵ 2018 r. tj. f-ry nr 19/2018 z dnia 30.11.2018 r. i nr 22/2018 z dnia 31.12.2018 r. ,wraz z zestawieniami zrealizowanych dyżurów w miesiącach: listopad - grudzień 2018 r. i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych terminach.

(Dowód: akta kontroli str.136-147 F-ry: nr 19/2018 z dn. 30.11.2018 r.,nr 22/2018 z dn. 3.12.2018 r. wraz z miesięcznymi zestawieniami za m-c listopad i grudzień 2018 r., potwierdzenia wykonania operacji z dn. 21.12.2018 r. i 28.01.2019 r. oraz Wyjaśnienie Koordynatora Sekcji ds. Osobowych wraz z harmonogramami dyżurów lekarskich)

Na podstawie ww. dokumentów ustalono, że w IV kwartale 2018 r. wydatkowano łącznie 3 694,16 zł i zrealizowano łącznie 56 godzin, 50 minut dyżuru.

Ad. 2 Do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze Zarządzeniem nr 16/2018 z dnia 06.06.2018 r. Dyrektora Szpitala została powołana trzyosobowa komisja konkursowa. Przed wszczęciem konkursu ustalono roczną wartość szacunkową zamówienia⁷⁶.

W kontrolowanym konkursie w *Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert* (zwanych dalej SWKO) zatwierdzonych przez Dyrektora opisano m.in. przedmiot konkursu używając nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, warunki wymagane od świadczeniobiorców, kryteria oceny ofert⁷⁷, a w załącznikach formularz ofertowy, wymagane oświadczenia, projekt umowy. Informacje o konkursie ofert Podmiot Lecznicy

⁷⁵ Koordynator Sekcji ds. osobowych wyjaśniła, że Pani lek. med. Aleksandra W. nie pełniła dyżurów w miesiącu październiku 2018 r. ponieważ zgodnie z zapisami Umowy nr 5/KD/2018 z dn. 29.06.2018 r. Przyjmujący Zamówienie zobowiązał się do udzielenia świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem.

⁷⁶ Szacowana wartość zamówienia na okres 12 m-cy ustalona została na kwotę 485 876,92 zł netto.

⁷⁷ Cena – 80 pkt, jakość, dostępność, ciągłość, kompleksowość – max po 5 pkt w każdym z kryteriów.

upublicznił zamieszczając ogłoszenie oraz SWKO na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w dniu 31.07.2018 r.

(Dowód: akta kontroli str. 148 - 184 Zarządzenie ws. powołania Komisji Konkursowej, Wartość szacunkowa, Ogłoszenie o konkursie, SWKO)

Oferta złożona przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej obejmowała m.in.:

- a) wykaz zawierający liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) wykaz sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji przedmiotu zamówienia, ważną licencję, certyfikat – potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu,
 - c) wysokość wynagrodzenia oraz oferowaną liczbę badań
- i wpłynęła w ustalonym terminie tj. do 17.08.2018 r. do godz.10.00.

Według treści protokołu z dnia 17.08.2018 r. z posiedzenia komisji konkursowej oraz formularza oceny ofert złożona oferta spełniała wszystkie wymagania Pomiotu Leczniczego⁷⁸, zaproponowana cena oraz szacowana ilość badań do wykonania była zgodna z oczekiwaniami Szpitala w tym zakresie.

(Dowód: akta kontroli str. 185 - 189 Protokół z posiedzenia komisji z dn. 17.08.2018 r. wraz z formularzem oceny ofert)

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostało zamieszczone na stronie internetowej Szpitala oraz na tablicy ogłoszeń w dniu 22.08.2018 r. Ponadto, tego samego Świadczeniobiorca został poinformowany o wyborze oferty i dacie podpisania umowy⁷⁹.

(Dowód: akta kontroli str. 190- 193 Informacja o rozstrzygnięciu konkursu wraz z pismem Dyrektora Szpitala, znak: L.dz. AO-436/2018 z dn. 22.08.2018 r.)

W efekcie przeprowadzonego postępowania konkursowego w dniu 31.08.2018 r. Podmiot Leczniczy podpisał umowę nr 5/B/2018 z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, Zakład Patologii Sp. z o.o. z/s w Kielcach obowiązującą od 01.09.2018 r. do 31.08.2019 r. Umowa została zawarta na określonych warunkach, w tym zakres świadczeń zdrowotnych

⁷⁸ Oferta uzyskała łącznie 98 punktów, w tym: cena – 80 pkt, jakość – 5 pkt, kompleksowość – 5 pkt, dostępność – 3 pkt, ciągłość – 5 pkt

⁷⁹ Pismo z dn. 22.08.2018r., znak: L.dz. AO-436/2018

wyszczególniony w umowie oraz wynagrodzenie⁸⁰ dla wykonawcy było zgodne z ofertą oraz warunkami konkursu.

Stosownie do § 5 ust. 2 ww. umowy *zapłata za wykonane usługi miała następować w ciągu 30 dni od dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury przez Świadczeniobiorcę wraz z wykazem zawierającym dane pacjenta, dane lekarza kierującego oraz rodzaj i ilość wykonanych badań (z uwzględnieniem wykonanych odczynów i numerami preparatów).*

(Dowód: akta kontroli str. 194 - 218 Umowa nr 5/B/2018 z dn. 31.08.2018 r.)

Na podstawie wybranych do kontroli faktur za IV kwartał 2018 r. tj. f-ry nr FV/3999/2018 z dnia 31.10.2018 r., f-ry nr FV/4434/2018 z dnia 30.11.2018 r., f-ry nr FV/4876/2018 z dnia 31.12.2018 r. wraz z f-rą korygującą nr KFV/105/2018 z dnia 31.12.2018 r. obejmujące m.in. rodzaj, ilość, cenę jednostkową i cenę łączną wykonanego badania wystawione odpowiednio na kwoty: 39 676,00 zł, 37 940,00 zł, 34 761,00 zł i (-)19,00 zł oraz przelewów bankowych wykazano, że należności były regulowane w wyznaczonych datach.

(Dowód: akta kontroli str. 219 - 232 F-ry: nr FV/3999/2018 z dn. 31.10.2018 r., nr FV/4434/2018 z dn. 30.11.2018 r., nr FV/4876/2018 r. z dn. 31.12.2018 r., f-ra korygująca nr KFV/105/2018 z dn.31.12.2018 r.)

Na podstawie ww. dokumentów ustalono, że w IV kwartale 2018 r. wydatkowano łącznie 112 377,00 zł i zrealizowano łącznie 4 500 badań natomiast według oświadczenia Głównej Księgowej (...) *na realizację umowy nr 5/B/2018 z dnia 31.08.2018 r. zawartą z NZOZ Zakład Patologii Sp. z o.o. Szpital poniósł koszty w wysokości 465 994,00 zł.*

(Dowód: akta kontroli str.233 Oświadczenie Głównej Księgowej z dn.05.05.2020 r.)

2.8.Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w latach 2018-2019 (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg zostały określone w procedurze nr PO-19 pn. *Postępowanie ze skargą Pacjenta* (wyd. 3) z dnia 16.04.2018 r. (zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą) zastępującą procedurę o tym samym tytule wyd. 2 z dnia 18.03.2013 r. W przedstawionym dokumencie ustalono, m.in., że *pacjent*

⁸⁰ Wartość umowy wynosiła 470 260,00 zł brutto

oraz każda osoba zainteresowana może złożyć skargę jeżeli uzna, że w Szpitalu a) jego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane lub realizowane jest w sposób niezadowolający; b) łamane są jego prawa, gwarantowane Kartą Praw Pacjenta; c) zachowanie personelu jest niewłaściwe, d) występują inne niż wymienione wyżej problemy mające bezpośredni wpływ na negatywne postrzeganie zakładu. Według Procedury skarga może zostać złożona w formie ustnej lub pisemnej, osobiście lub drogą pocztową (list, fax, e-mail), a jej rozpoznanie i przekazanie odpowiedzi następuje w terminie nie przekraczającym 30 dni od daty złożenia lub wpływu skargi.

Na podstawie informacji podpisanej przez Z-cę Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych i jednocześnie Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, w okresie objętym kontrolą wpłynęło łącznie 16 skarg z tym, że w roku 2018 - 6 (4 uznano za niezasadne, 2 za częściowo zasadne), a w roku 2019 - 10 (9 uznano za niezadane, 1 za zasadną). Stosownie do Procedury wszystkie skargi były rejestrowane w „Rejestrze Spraw Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta”.

(Dowód: akta kontroli str. 234-236 Zestawienie Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych-Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta)

Według Zestawienia oraz okazanych Informacji z realizacji zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta ustalono, że skargi wnosili pacjenci, bliscy pacjentów, osoby odwiedzające oraz inni zainteresowani i dotyczyły one m.in.: *wypisania przez lekarza poradni recepty na leki płatne 100 % – pacjent Poradni Leczenia Bólu; niegrzecznego zachowania lekarza dyżurnego Izby Przyjęć – pracownik ŚCRMITS w Kielcach; bardzo utrudnionego uzyskania połączenia telefonicznego z rejestracją Przychodni w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej – pacjentka Przychodni Specjalistycznej nie respektowania przez szpital przywilejów należnym zasłużonym dawcom krwi – pacjentka Działu Endoskopii; zaniebdania i niedopełnienia obowiązków przez sekretarki oddziału w zakresie przekazywania rodzinie i lekarzowi prowadzącemu informacji na temat wyniku badania PET – siostra pacjenta leczonego w Oddziale VIII Chirurgii Klatki Piersiowej.*

(Dowód: akta kontroli patrz str. 234 -236.)

Szczegółowej analizie, pod kątem sposobu i terminu załatwienia, poddano trzy losowo wybrane skargi, które wpłynęły w 2018 r. i 2019 r. Na podstawie materiałów źródłowych, ustalono, że niżej wymienione skargi zostały złożone telefonicznie i e-mailem do Dyrektora Szpitala lub Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta przez:

1) Pacjentkę Przychodni Specjalistycznej w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 72 – skarga dotyczyła *bardzo utrudnionego uzyskania połączenia telefonicznego z rejestracją Przychodni*

w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej i została złożona telefonicznie w dniu 19.04.2018 r. Pomimo, że pacjentka zastrzegła sobie anonimowość⁸¹ podjęto działania wyjaśniające. Według treści zawartej w „Informacji dotyczącej skargi pacjenta”⁸² wykonano testowo kilka telefonów na numer rejestracji przychodni uzyskano jedno połączenie na pięć wykonanych. W świetle zebranego materiału skargę uznano za częściowo zasadną. Na podstawie okazanego pisma⁸³ ustalono, że Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych zobowiązała Kierownika Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej do *zwiększenia nadzoru nad pracą podległego personelu w szczególności pracowników rejestracji w zakresie odbierania połączeń telefonicznych lub dokonania zmian organizacyjno-technicznych w organizacji pracy rejestracji*. Ponadto, poinformowała, że w przypadku braku skuteczności wprowadzonych działań naprawczych będą wyciągnięte konsekwencje służbowe przewidziane w Regulaminie Pracy.

2) Pracownika Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach – skarga dotyczyła *bardzo niegrzecznego zachowania lekarza dyżurnego Izby Przyjęć oraz kwestionowania zasadności transportu sanitarnego do naszego Szpitala* i została złożona telefonicznie do Dyrektora Szpitala w dniu 29.05.2019 r. Na podstawie *Informacji (...)*⁸⁴ ustalono, że skarżący *chciał pozostać anonimowy* niemniej przeprowadzono postępowanie wyjaśniające, zebrano pisemne oraz ustne wyjaśnienia od wszystkich zainteresowanych i uznano skargę za zasadną. Według treści przedstawionego pisma⁸⁵ Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych poinformowała Kierownika Izby Przyjęć m.in., że *Pomieszczenia ogólne Izby Przyjęć nie są miejscem w którym należy rozstrzygać zasadności realizowanych przez ŚCRMITS transportów. Niedopuszczalnym jest wdawanie się w głośne dyskusje w obecności pacjentów i innych osób postronnych*. Jednocześnie zobowiązała Kierownika Izby Przyjęć do *zorganizowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu Izby Przyjęć w zakresie zasad komunikacji i relacji interpersonalnych oraz poinformowała, że w przypadku zgłoszenia podobnych incydentów, zostaną wyciągnięte konsekwencje służbowe wobec osób, które w sposób niedopuszczalny załatwiają tego typu sprawy*.

⁸¹ Stosownie do § 8 ust. 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8.01.2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U.2002. Nr 5. Poz. 46) – skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.

⁸² Przyjęta skarga w formie ustnej oraz sposób załatwienia sprawy zostało odnotowane na formularzu nr 1/PO-19 do Procedury nr: PO-19 z dn. 16.04.2018r. (wyd. 3) i podpisane przez osobę przyjmującą i rozpatrującą skargę.

⁸³ Pismo adresowane do Kierownika Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 72 (znak: RS/3/2018 z dn. 20.04.2018r.)

⁸⁴ Analogicznie jak w przypisie 83.

⁸⁵ Pismo adresowane do Kierownika Izby Przyjęć (znak: RS/3/2019 z dn. 28.06.2019 r.)

3) Pacjentkę Działu Endoskopii – skarga dotyczyła *nie respektowania przez Szpital przywilejów należnych zasłużonym dawcom krwi* i została złożona e-mailem w dniu 08.08.2019 r. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Odpowiedź wystosowano w piśmie datowanym na 26.08.2019 r. (znak: RS-10/2019) i przesłano e-mailem na adres zwrotny osoby wnoszącej skargę.

(Dowód: akta kontroli str. 237 - 243, „Informacja dotycząca skargi Pacjenta”(2), Pisma do Kierowników Jednostek Organizacyjnych Szpitala, Skarga i odpowiedź na skargę)

Na podstawie okazanych *Protokołów (...)*⁸⁶ ustalono, że Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta okresowo przedstawiała informacje nt. liczby, istoty wnoszonych skarg oraz sposobu ich załatwienia.

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

Według informacji pisemnej uzyskanej od Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że w Szpitalu funkcjonuje Procedura Nr: P-04/KP-02 (wyd. 3) z dnia 01.06.2018 r. (zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą) zastępująca Procedurę Nr: P-04/KP-02 (wyd. 2) z dnia 14.02.2017 r.

Ww. dokument określa zasady badania satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy przy użyciu ankiety anonimowej. Stosownie do Procedury, *badanie satysfakcji pacjenta jest przeprowadzane w celu określenia stopnia zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług i podejmowania działań zmierzających do ciągłego doskonalenia jakości usług medycznych.* Badaniem satysfakcji obejmuje się wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Szpitala, pacjentów korzystających z usług ambulatoryjnych w Poradniach Specjalistycznych oraz przebywających w Izbie Przyjęć. Jak poinformowała Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością *każdy pacjent zainteresowany wypełnieniem dodatkowej ankiety ma dostęp do czystych kwestionariuszy ankiet znajdujących się w korytarzach każdego Oddziału, przy Izbie Przyjęć oraz przy Poradniach działających w Szpitalu oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze. Wypełnioną ankietę pacjent wrzuca do zamkniętych skrzynek umieszczonych w korytarzach do których dostęp posiada tylko Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością*⁸⁷. Według dalszej treści Procedury – analizy ankiet dla każdego Oddziału oraz zbiorczo dla całego Szpitala, dokonuje

⁸⁶ Protokoły: nr 1/2019 z dn. 25.01.2019 r., nr 3/2019 z dn. 9.08.2019 r., nr 4/2019 z dn. 19.12.2019 r.

⁸⁷ Wg Procedury

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz z Zespołem ds. Jakości raz na kwartał. Natomiast po zakończeniu roku opracowywany jest raport roczny w którym porównuje się wyniki z lat poprzednich. Z dokumentem zapoznawani są: Dyrektor Szpitala, Naczelną Pielęgniarka oraz Kierownicy komórek organizacyjnych, którzy mają obowiązek omówienia wyników badania z podległym personelem oraz podjęcia działań zmierzających do poprawy jakości usług we wskazanych obszarach (...).

(Dowód: akta kontroli str. 244-253 Informacja Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz procedurą Nr: P 04/KP/02 z dn.01.06.2018 r.)

Mając powyższe na uwadze Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością okazała analizy ankiet za 2018 r. i 2019 r. Opierając się na danych w *Raporcie Badania Satysfakcji Pacjentów* sporządzonym 03.03.2020 r. za rok 2019⁸⁸, kontrolujący ustalili m.in., że: 1) liczba hospitalizacji w Oddziałach Szpitala w 2019 r. wyniosła 17 970 – zwrócono 2 805 ankiet (15,6 % wszystkich hospitalizowanych), 2) wśród ankietowanych przeważali pacjenci w wieku 60 lat z wykształceniem średnim, mieszkańcy miast – dla większości był to kolejny pobyt w szpitalu, 3) w ocenie jakości usług świadczonych w Oddziałach Szpitala przeważają oceny bardzo dobre i dobre (łącznie 90 %), 4) ankietowani dobrze lub bardzo dobrze ocenili jakość odżywiania (łącznie 74,55 % – uwagi dotyczyły jakości serwowanych potraw, ich temperatur, czasu podawania) oraz stan sanitarny pomieszczeń (łącznie 82,6% – problem poruszany przez pacjentów odnosił się do stanu sanitarnego, technicznego, wyposażenia i funkcjonowania łazienek), 5) w Izbie Przyjęć pacjenci poruszali problem zbyt długiego oczekiwania na przyjęcie. W ogólnej ocenie pobytu w Szpitalu dominowały oceny bardzo dobre, a odsetek ocen negatywnych w 2019 r. był najniższy od 2014 r.

(Dowód: akta kontroli str. 254 - 261 Raport badanie satysfakcji Pacjentów – analiza ankiet 2019 rok)

Na podstawie wykazu podpisanego przez Dyrektora Podmiotu Leczniczego w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą Szpital dysponował:

1. Certyfikatem Akredytacyjnym nr 2017/38⁸⁹ potwierdzającym spełnienie przez Podmiot Leczniczy standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego;
2. Certyfikatem nr PL-PNG-060/ISO/17⁹⁰ świadczącym, że Zakład Leczniczy wprowadził i stosuje system zarządzania jakością zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2009 w zakresie: lecznictwo szpitalne, AOS, ASDK, rehabilitacja ambulatoryjna, profilaktyczne

⁸⁸ Wyniki badania z 2019r. były porównywane z wynikami badania od 2014r.

⁸⁹ Dokument został wydany przez Ministra Zdrowia w dn. 14.11.2017 r. i ważny jest na okres 3 lat, czyli do 14.11.2020 r.

⁹⁰Certyfikat wydany przez Jednostkę Certyfikującą PNG Sp. z o.o. – dokument ważny był do 14.09.2018 r.

programy zdrowotne oraz programy lekowe, diagnostyka w zakresie udzielenia świadczeń w pracowniach, świadczenia odrębnie kontraktowane, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie wraz z Certyfikatem nr PL-PNG-060a/ISO/17⁹¹ zastąpionym Certyfikatem nr PL-PNG-060/ISO/18 wskazującym, że Podmiot Leczniczy wprowadził i stosuje system zarządzania jakością zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2015-10 w zakresie: lecznictwo szpitalne, AOS, ASDK, rehabilitacja ambulatoryjna, profilaktyczne programy zdrowotne oraz programy lekowe, diagnostyka w zakresie udzielenia świadczeń w pracowniach, świadczenia odrębnie kontraktowane, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie⁹²;

3. Certyfikaty „Szpital bez bólu”⁹³ potwierdzające, że Zakład Leczniczy wprowadza najwyższe standardy uśmierzające ból pooperacyjny;
4. Certyfikat Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków⁹⁴ *poświadczający udział w 2019 r. w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków (PPS HAI & AU) zgodnym z metodologią opracowaną przez ECDC.*

(Dowód: akta kontroli str.262- 275 Zestawienie Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz Certyfikatami)

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

Podmiot Leczniczy w art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. został zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.⁹⁵ Szczegółowy zakres ww. ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną do 1.06.2019 r. określało Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r.⁹⁶

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie wykazu podpisanego przez Z-cę Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych w zestawieniu z dokumentami źródłowymi w tym:

⁹¹ W Załączniku do Certyfikatu zakres pn. *Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej OMALIZUMABEM „przeniesiono”* na wniosek Szpitala z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej do Leczenia Szpitalnego – dokument ważny do 14.09.2018 r.

⁹² Certyfikat wydany przez Jednostkę Certyfikującą PNG Sp. z o.o. – dokument ważny do 25.04.2020 r.

⁹³ Certyfikaty wydane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu – dokumenty ważne: 23.11.2018 r. i 28.11.2021 r.

⁹⁴ Certyfikat wydany przez Narodowy Program Ochrony Antybiotyków – dokument ważny do 30.09.2020 r.

⁹⁵ art. 25 ust. 1 pkt 1) u.d.l.

⁹⁶ 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)

umowami i polisami ubezpieczeniowymi odpowiedzialności cywilnej ustalono, że Podmiot Lecznicy w wyniku rozstrzygniętych postępowań przeprowadzonych w trybie przetargu nieograniczonego⁹⁷ zawarł:

- 1) w 2018 r. umowę nr 52/U/2017 z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z/s w Warszawie;
- 2) w 2019 r. umowę nr 2/U/2018 z PZU SA z/s w Warszawie.

Przedmiotem podpisanych umów było m.in. *obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

Ubezpieczyciele do ww. umów wystawili polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiednio Nr 000-17-447-05936088 i Nr 1027183587.

*(Dowód: akta kontroli str. 276- 286 Zestawienie podpisane przez
Z-cę Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wraz
z Umowami i Polisami Ubezpieczeniowymi)*

Dokumenty obejmowały: okres ubezpieczenia 12 miesięcy tj. odpowiednio od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r. i od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r.; zakres – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Suma gwarancyjna w każdej z zawartych polis to 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia. Składki roczne opiewały odpowiednio na kwoty 240 000,00 zł i 250 505,92 zł płatne w czterech ratach (po 60 000,00 zł w 2018 r. i 62 626,48 zł w 2019 r.).

Na podstawie okazanych przelewów bankowych ustalono, że Podmiot Lecznicy w wyznaczonych terminach regulował zobowiązania wobec ubezpieczycieli.

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

⁹⁷ Art. 39 ustawy z dn. 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017r., poz.1579), (Dz.U. z 2018 r., poz. 1986)

2.11.1. Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – umowy serwisowe, przeglądy serwisowe

Według informacji uzyskanej od Koordynatora ds. Aparatury Medycznej, Podmiot Lecznicy w 2018 r. posiadał 865 sztuk sprzętu i aparatury medycznej zaś w 2019 r. ilość ta zwiększyła się o 61 sztuk i wynosiła 926 sztuk. Dane dot. ilości posiadanej przez Szpital aparatury i sprzętu medycznego zostały podane w oparciu o rejestr ewidencji środków trwałych.

(Dowód: akta kontroli str.287 Informacja Koordynatora ds. Aparatury Medycznej, podpisana przez Dyrektora Szpitala)

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Lecznicy, w okresie objętym kontrolą, obowiązywała Procedura Nr: P-03/KP-03/a (wyd. 1) z dnia 27.03.2017 r. pn. *Nadzór nad aparaturą medyczną*⁹⁸ (zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą), określająca zasady postępowania związane z serwisowaniem oraz nadzorem nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu.

Stosownie do ww. dokumentu *pracownik zatrudniony na Stanowisku ds. Aparatury Medycznej*⁹⁹ tworzy okresowe zestawienie aparatury medycznej wymagającej przeglądu na podstawie posiadanych rejestrów oraz informacji przekazanych w formie elektronicznej i pisemnej do 15 dnia każdego miesiąca przez osoby odpowiedzialne za sprzęt w poszczególnych komórkach organizacyjnych, tj. Kierowników komórek organizacyjnych/Pielęgniarki koordynujące.

Mając powyższe na uwadze, na prośbę kontrolujących Koordynator Sekcji ds. Aparatury Medycznej przedstawiała tzw. *Ewidencję aparatury medycznej i diagnostycznej* (czyt. zestawienie sprzętu medycznego wymagającego przeglądu (...)) sporządzonej w 2018 r. i 2019 r. z losowo wybranych Oddziałów, Pracowni i Poradni (Oddział VII Urologii, Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Pracowni Badań Układu Krążenia, Pracowni Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, Pracowni Mikrobiologii, Pracowni Diagnostyki Zaburzeń Oddychania Podczas Snu, Pracowni USG). Dokumenty były opracowane do 15 dnia każdego miesiąca w danym roku wg ustalonego formularza nr 1/P-03/KP-03 do Procedury osobno dla każdej z ww. komórki organizacyjnej i zawierały m.in. dane dotyczące *nazwy aparatury medycznej i diagnostycznej, nazwy producenta, typ, nr seryjny (rok produkcyjny), nr inwentarzowy, daty przeglądu (następny), uwagi dotyczące gwarancji, umów serwisowych.*

⁹⁸ Zastąpiona Procedurą Nr: P-03/KP-03 wyd. 2 z dn. 17.03.2020r.

⁹⁹ Obecnie „Pracownik zatrudniony w Sekcji ds. Aparatury Medycznej”

W zakresie realizacji obowiązków wynikających z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁰⁰ kontrolujący opierają się na pisemnym oświadczeniu z dnia 22.04.2020 r. złożonym przez Koordynatora ds. Aparatury Medycznej w brzmieniu: *Wybrana do kontroli dokumentacja zawierająca informacje nt. wykonanych działań serwisowych, terminów następných działań serwisowych, przeglądów w przypadku aparatury medycznej w postaci videobronchoskopu, videogastroskopu, videokolonoskopu, bronchofiberskopu znajduje się w Dziale Endoskopii. W związku z sytuacją epidemiczną związaną z koronawirusem SARS-Co-V-2 wszystkie Oddziały Szpitala są niedostępne dla pracowników administracyjnych, dlatego okazanie tej dokumentacji jest obecnie niemożliwe. Niemniej na podstawie ewidencji aparatury medycznej oświadczam, że przeglądy okresowe ww. urządzeń odbywały się w roku 2018 i roku 2019 w zależności od zaleceń serwisowych, terminu następnego przeglądu określonego przez wyspecjalizowaną firmę tj. Olympus Polska Sp. z o. o.z/w Warszawie. Działania w tym zakresie odnotowywane były w paszportach/kartach serwisowych sprzętu. Według dalszej treści złożonego Oświadczenia ustalono, że spośród ww. urządzeń videokolonoskop CF-H185L numer seryjny 2932187 był w naprawie w serwisie centralnym producenta w związku z czym był wyłączony z użytku przez okres 1,5 miesiąca (sierpień-wrzesień 2019 r.).*

(Dowód: akta kontroli str. 288 Oświadczenie Koordynatora ds. Aparatury Medycznej podpisane przez Dyrektora szpitala)

Na podstawie Zestawienia sporządzonego przez Koordynatora ds. Aparatury Medycznej ustalono, że Podmiot Lecznicy w latach 2018-2019 podpisał łącznie 14 umów serwisowych (w 2018 r.– 1 umowę, a w 2019 r.– 13 umów) o łącznej wartości 1 456 196,18 zł w tym: w 2018 r. – na kwotę 92 127,00 zł, a w 2019 r. – na łączną kwotę 1 364 069,18 zł).

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższy wykaz¹⁰¹.

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
2018 rok				

¹⁰⁰ tj. posiadania przez Podmiot Lecznicy dokumentacji wykonanych napraw, działań serwisowych, dokumentacji określającej terminy kolejnych serwisów – Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr.107, poz. 679 ze zm.)

¹⁰¹ Opracowany w oparciu o Zestawienie sporządzone przez Koordynatora ds. Aparatury Medycznej

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
1.	49/U/2018 z dnia 14.11.2018 r.	Althea Polska Sp. z o.o. z/s w Mikołowie	Obsługa serwisowa tomografu komputerowego GE Bright Speed 16 Elite	92 127,00/ 92 127,00
RAZEM:			92 127,00/92 127,00	
2019 rok				
1.	19/U/2019 z dnia 01.07.2019 r.	Olympus Polska Sp. z o.o. z/s w Warszawie	Serwis aparatury firmy Olympus znajdującej się w Szpitalu w nw jednostkach organizacyjnych tj. Dziale Endoskopii, Bloku Operacyjnym, Oddziale Urologicznym	1 025 000,00 /204 999,96
2.	48/U/2019 z dnia 27.11.2019 r.	TMS Sp. z o.o. z/s w Warszawie	Przeгляд okresowy Aparatu USG Toshiba	3 813,00/0,00
3.	49/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	PSG Kamil Wąsik z/s w Lublinie	Przeгляд okresowy sprzętu medycznego w postaci Skanera Vita Flex, dwukomorowej automatycznej strzykawki Stellant, aparatu RTG przyłóżkowego Intermedical, aparatu RTG przyłóżkowego Simens	6 273,00/0,00
4.	50/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	Tomed-Zaopatrzenie medyczne Tomasz Waclawek z/s w Lublinie	Przeгляд okresowy aparatu RTG Carestream	1 845,00/0,00
5.	51/U/2019 z dnia 01.12.2019 r.	Edwards Lifesciences Poland	Przeгляд okresowy Platformy – stacji	2 952,00/ 0,00

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
		Sp. z o.o. z/s w Warszawie	do pomiarów hemodynamicznych	
6.	52/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	ERES MEDIAL Sp. z o.o. z/s w Tomaszowi cach	Przeгляд okresowy łózek szpitalnych, aparatów do drenażu limfatycznego – terapii uciskowej BTL	3 198,00/0,00
7.	53/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	Fresenius Medical Care Polska S.A. z/s w Poznaniu	Przeгляд okresowy aparatu do terapii nerkozastępczych	1 722,00/0,00
8.	54/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	PROMED S.A. z/s w Warszawie	Przeгляд okresowy aparatu do znieczuleń EXCEL	1 102,08/0,00
9.	56/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	Radiometr Sp. z o.o. z/s w Warszawie	Przeгляд okresowy kapnogfau	1 230,00/0,00
10.	57/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	ERBE Polska Sp. z o.o. z/s w Warszawie	Przeгляд okresowy Zestawu do elektrosekcji bipolarnej	984,00/0,00
11.	58/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	PS PRO Przemysław Seligowski z/s w Kielcach	Przeгляд okresowy Myjni Getinge	1 771,20/0,00
12.	59/U/2019 z dnia 02.12.2019 r.	Tvel-Med. s.c. z/s w Chęcinach	Przeгляд okresowy sprzętu medycznego	70 380,60/0,00
13.	60/U/2019 z dnia 24.12.2019 r.	GE Medical Systems Polska Sp. z o.o. z/s w Warszawie	Obsługa serwisowa tomografu komputerowego GE Bright Speed 16 Elite	243 798,30/0,00
RAZEM:				1364 069,18/204 99,96

Według dalszej treści przedstawionej informacji, w okresie objętym kontrolą, w Podmiocie Lecznicy obowiązywały trzy umowy zawarte w latach poprzednich (2016 r., 2017 r.), przedmiotem których były: usługi serwisowe aparatury firmy Olympus, obsługa serwisowa tomografu komputerowego GE Bright Speed, serwis centralnej sterylizatorni.

Ponadto, że w 2019 roku Szpital podjął decyzje o przeprowadzeniu postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na wykonanie przeglądów okresowych sprzętu medycznego znajdującego się na stanie Szpitala w oparciu o przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych. W następstwie wyboru najkorzystniejszych ofert Podmiot Lecznicy zawarł stosowne umowy serwisowe z ww. Wykonawcami (czyt. dane w ww. Zestawieniu). Jednocześnie wyjaśniam, że gdy np. w postępowaniu przetargowym (czyt. postępowanie było podzielone na zadania) nie wpłynęła żadna oferta i w związku z tym Szpital nie posiada umowy serwisowej na wykonanie przeglądu innych urządzeń niż te wymienione w ww. zestawieniu, wówczas pracownik ds. aparatury medycznej rozsyła zapytanie ofertowe na wykonanie tego rodzaju usługi do możliwie jak największej ilości firm zajmujących się serwisowaniem sprzętu. Następnie sporządzane jest zestawienie uwzględniające wszystkie zabrane oferty i przekazywane do Dyrekcji Szpitala celem wyboru wykonawców. Do wybranych firm zostaje przekazane zamówienie na wykonanie przeglądu. Nadmieniam, że działania w tym zakresie były również podejmowane w latach wcześniejszych.

(Dowód: akta kontroli str. 289-290 Zestawienie Koordynatora ds. Aparatury Medycznej)

Na pytanie kontrolujących co było powodem częściowej realizacji w 2019 r. tylko jednej umowy (patrz poz. 1 zestawienia) na 13 zawartych w 2019 r. Koordynator ds. Aparatury Medycznej wyjaśniła, że w związku z tym, że większość umów (12), przedmiotem których były przeglądy serwisowe aparatury i sprzętu medycznego Szpital podpisał pod koniec 2019 r., to ich realizacja przypadła na 2020 r., stąd też wartość zrealizowanych a zawartych w 2019 r. umów opiewa na kwotę 204 999,06 zł.

(Dowód: akta kontroli str.291 Wyjaśnienie Koordynatora ds. Aparatury Medycznej podpisane przez Dyrektora Szpitala)

Na podstawie Zestawienia obrotów i sald za 2018 r. i 2019 r. od konta 4040100 do 4040102 ustalono, że koszty konserwacji, napraw i serwisów sprzętu medycznego wyniosły łącznie: w 2018 r. – 833 319,78 zł (odpowiednio: 8 978,65 zł, 224 002,08 zł, 600 339,05 zł) zaś w 2019 r. – 941 480,05 zł (odpowiednio: 4 131,38 zł, 222 274,08 zł, 715 074,59 zł).

(Dowód: akta kontroli str.292-293 Zestawienie analityczne)

2.11.2. Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych

Na wniosek kontrolujących Koordynator Sekcji ds. Aparatury Medycznej przedłożyła wykaz pn. *Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej w latach 2018-2019* tj. videobronchoskopu, videogastroskopu, videokolonosopu, bronchofiberskopu, urofluometru, aparatu DUET LOGIK G/2¹⁰² obejmujący nazwę urządzenia, ilość sztuk, ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach, ilość badań wykonanych łącznie.

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

Lp.	Nazwa aparatury/sprzętu medycznego	Ilość posiadanej aparatury i sprzętu	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach - roczna	Średnia ilość badań wykonanych łącznie
2018 rok				
Dział Endoskopii				
1.	Videobronchoskop	12	258	3107
2.	Videogastroskop	5	679	3398
3.	Videokolonoskop	3	605	1815
4.	Bronchofibersokop	4	108	432
Pracownia Badań Urodynamicznych				
1.	Urofluometr	1	51	51
2.	Aparat DUET LOGIK G/2	1	3	3
2019 rok				
Dział Endoskopii				
1.	Videobronchoskop	13	238	3099
2.	Videogastroskop	6	616	3700
3.	Videokolonoskop	4	634	2539
4.	Bronchofibersokopu	5	92	432
Pracownia Badań Urodynamicznych				

¹⁰² Losowo wybrana aparatura znajduje się na wyposażeniu Działu Endoskopii funkcjonującego w strukturach Szpitala i Pracowni Badań Urodynamicznych zlokalizowanej przy Poradni Urologicznej funkcjonującej w strukturach Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze

Lp.	Nazwa aparatury/sprzętu medycznego	Ilość posiadanej aparatury i sprzętu	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach - roczna	Średnia ilość badań wykonanych łącznie
1.	Urofluometr	1	44	44
2.	Aparat DUET LOGIK G/2	1	2	2

Z powyższego zestawienia wynika, że w 2019 r. zwiększyła się liczba sprzętu medycznego do 28 sztuk w Dziale Endoskopii. Jak poinformowała Koordynator ds. Aparatury Medycznej *zakup nowych aparatów w 2019 r. pozwolił Szpitalowi na planowanie większej ilości badań z użyciem w/w urządzeń, dodatkowo w przypadku awarii któregoś urządzenia zapewniona jest ciągłość wykonywanych badań i nie ma konieczności odwoływania zaplanowanych zabiegów endoskopowych.*

(Dowód: akta kontroli str. 294- 296 Wykaz sporządzony przez Koordynatora ds. Aparatury Medycznej wraz z Oświadczeniem Specjalisty Chirurga)

Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności

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

Uzasadnienie oceny cząstkowej

Pozytywna ocena dotyczy: posiadania procedur regulujących przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych; prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa; terminowego przekazywania

do płatnika Świątokrzyskiego OW NFZ list oczekujących; prawidłowego ustalenia składu Zespołu Oceny Przyjęć i właściwego przeprowadzania przez Zespół oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem przewidzianym przepisami prawa w tym zakresie; przeprowadzania konkursów na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu oraz podmiotom zewnętrznym rzetelnie i z należytą starannością; rozpatrywania skarg związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego w trybie i na zasadach przewidzianych w procedurze wewnętrznej, w tym wykorzystania informacji w nich zawartych do zniwelowania elementów mających bezpośredni wpływ na negatywne postrzeganie zakładu, kompleksowej prezentacji w raporcie rocznym wyników ankiet badających stopień satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy; posiadania certyfikatów potwierdzających profesjonalizm i wysoki poziom świadczonych usług w Szpitalu; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa; przestrzegania obowiązków i zasad postępowania z serwisowaniem i nadzorem nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu określonych przepisami prawa, a także w procedurze wewnętrznej.

Opis stanu faktycznego

3. Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji zaleceń i wniosków zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 06.06.2018 r., znak DOZ.III.1711.9.1.2018

W Wystąpieniu Pokontrolnym sporządzonym po przeprowadzeniu w Podmiocie Leczniczym kontroli w zakresie „*Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2017*”, a następnie przyjętym przez Zarząd Województwa Świątokrzyskiego w dniu 06.06.2018 r. sformułowano 7 wniosków pokontrolnych. W wyznaczonym terminie Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 12.07.2018 r., znak: L.dz.AO-340/2018 poinformował o sposobie wykonania zaleceń i wniosków pokontrolnych w następujący sposób:

1. *W dniu 25 maja 2018 r. Szpital wystąpił z wnioskiem o wpis Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Komórka została wpisana do Księgi rejestrowej – Lp. 95.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Podjąć skuteczne działania zmierzające do dostosowania treści Księgi rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego do stanu faktycznego poprzez uwzględnienie komórki organizacyjnej pn. Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.*

W toku czynności kontrolnych ustalono, że komórka organizacyjna Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania została wpisana do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego (Lp. 95).

2. Ustalono nowy skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów. W skład Zespołu wchodzi: Przewodniczący Zespołu Marzanna K.-W. lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej (specjalista chorób wewnętrznych, specjalista chorób płuc), Członek: Wojciech A. lekarz specjalista w specjalności zabiegowej (specjalista ortopedii), Członek: Bogumiła K.-S. naczelną pielęgniarka.

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosowanie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych.*

W toku postępowania kontrolnego ustalono, że obecnie w Podmiocie Leczniczym funkcjonuje Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w dziedzinie niezabiegowej, pielęgniarka naczelną, czyli zgodnie z art. 21 ust. 2 u.ś.o.z.

3. Przewodnicząca Zespołu ds. Oceny Przyjęć pacjentów pouczyła członków Zespołu o konieczności aktywnego uczestnictwa w każdym zebraniu i od czasu kontroli frekwencja na zebraniach Zespołu wynosi 100 %. Obecność na zebraniach została potwierdzona podpisem w liście obecności. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Wygzekwować od członków Zespołu ds. Oceny Przyjęć właściwe wykonywanie obowiązków zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki finansowych ze środków publicznych.*

Z okazanych, w trakcie czynności kontrolnych dokumentów źródłowych wynika, że Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów stosownie do art. 21 ust. 4 u.ś.o.z. przeprowadzał ocenę list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyny zmian terminów udzielenie świadczeń.

4. *Pouczono osoby odpowiedzialne za przygotowanie i przeprowadzanie konkursów o konieczności przestrzegania zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, z uwzględnieniem § 7 ust. 2 (przewodniczący komisji konkursowej powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia) oraz § 9 ust. 1 pkt 6 (ogłoszenie o konkursie zawiera w szczególności m.in. przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur).*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Przestrzegać § 9 ust. 1 pkt 6) i § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 lutego 2012 r. w sprawie przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.*

W toku czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Leczniczym w latach 2018-2019 nie realizowano konkursów w ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

5. *Pouczono osoby przygotowujące dokumentację dotyczącą postępowań o udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności o konieczności:*

- a) *stosowania do opisu przedmiotu zamówienia nazw i kodów ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień 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, str. 1 i n. z póź zm.). Obecnie na etapie przygotowywania dokumentacji konkursowej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do poszczególnych zakresów przyporządkowane są właściwe kody CPV z w/w słownika.*
- b) *porównywania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o pięć kryteriów: 1) jakość, 2) kompleksowość, 3) dostępność, 4) ciągłość, 5) cena. Obecnie wszystkie oferty oceniane są pod kątem w/w kryteriów.*
- c) *upubliczniania kryteriów oceny ofert. Kryteria oceny ofert w poszczególnych konkursach upubliczniane są w szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych (kryterium oceny złożonych ofert), wzory umów, bez określenia konkretnej daty, są zamieszczane do każdego postępowania.*

Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Dołożyć wszelkiej staranności w przygotowywaniu dokumentacji dotyczącej postępowań na udzielenie świadczeń zdrowotnych w tym w szczególności:*

a) *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 ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (DZ.Urz.WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z póź zm.);*

b) *porównywać oferty, w 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,*

c) *upubliczniać kryteria oceny ofert w szczegółowych warunkach konkursu ofert; dokładnie wskazywać we wszystkich materiałach źródłowych, tożsamy okres udzielania świadczenia; zamieszczać wzór umowy bez określenia konkretnej daty.*

W wyniku analizy dwóch przeprowadzonych konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych: 1) *przez lekarzy w Oddziale V Chorób Wewnętrznych; 2) w zakresie wykonywania badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze ustalono, że Podmiot Leczniczy 1) do opisu przedmiotu zamówienia zastosował nazwy i kody CPV stosownie do art. 141 ust. 4 u.o.ś.z.; 2) dokonał porównania złożonych ofert, w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, według kryteriów wyboru ofert – określonych w art. 148 ust. 1 u.o.ś.z. tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cena; 3) upublicznił kryteria oceny ofert w *Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.**

Wszystkie analizowane materiały źródłowe zawierały tożsamy okres udzielania świadczenia, zamieszczony wzór umowy nie określał konkretnej daty jej zawarcia.

6. *W przypadku rozpatrywania skarg odpowiedź udzielana jest zgodnie z terminem wynikającym z art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego – nie później niż w ciągu miesiąca. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: W przypadku załatwienia skarg stosować się do art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.*

W oparciu o zestawienie skarg (...) za lata 2018-2019 ustalono, że były one załatwione bez zbędnej zwłoki, w terminie miesiąca, czyli stosownie do art. 237 § 1 ustawy

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

7. *Dostosowano zapisy procedury PO-19/a z dnia 02.01.2015 r. pn. Postępowanie ze skargą pacjenta w zakresie terminu i sposobu rozpatrywania skarg.* Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: *Zaktualizować procedurę PO-19/a z dnia 02.01.2015 r. pn. Postępowanie ze skargą pacjenta w zakresie terminu i sposobu rozpatrywania skarg.*

Kontrola wykazała, że obecnie w Szpitalu obowiązuje procedura PO-19 z dnia 16.04.2018 r. (wyd. 3) pn. *Postępowanie ze skargą pacjenta*, która określa, m.in., że *Rozpatrywanie sprawy i przekazywanie odpowiedzi następuje w terminie nie przekraczającym 30 dni od daty założenia lub wpływu skargi. W uzasadnianych przypadkach dopuszcza się wydłużenie terminu przekazania odpowiedzi, po wcześniejszym uzgodnieniu z osobą zainteresowaną*, a to oznacza, że termin w zakresie sposobu rozpatrywania skarg został zmieniony z 60 na 30 dni.

Ocena częściowa kontrolowanej działalności

W wyniku dokonanych w toku kontroli ustaleń pozytywnie oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie realizacji zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 06.06.2018 r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.

Pouczenie

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

.....
/podmiot uprawniony do kontroli/

Kielce, dnia 2020 r.