

DOZ.I.1711.14.1.2014

## **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

sporządzone na podstawie § 25 Rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów  
lecniczych (Dz. U. z 2012 roku, poz. 1509)

### **OZNACZENIE JEDNOSTKI KONTROLOWANEJ**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze,  
zwany dalej Szpitalem/Jednostką/Zakładem/Kontrolowanym.

### **DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA CZYNNOŚCI KONTROLNYCH, OZNACZENIE KONTROLUJĄCYCH**

Kontrola została przeprowadzona w dniach: 23-30 kwietnia 2014 roku,  
przez pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego:

Ewę Murzec	Inspektora w Departamencie Ochrony Zdrowia
Magdalenę Tomską	Podinspektora w Departamencie Ochrony Zdrowia

na podstawie upoważnień do kontroli z dnia 09 kwietnia 2014 roku o nr: DOZ.1711.24.2014,  
DOZ.1711.25.2014 wydanych przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego  
– Pana Adama Jarubasa.

*(Dowód: Akta kontroli nr karty od 1 do 2)*

### **ZAKRES KONTROLI**

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

*(Dowód: Akta kontroli nr karty od 3 do 11)*

### **OKRES OBJĘTY KONTROLĄ**

Od 01 stycznia do 31 grudnia 2013r.

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Zakład posiada osobowość prawną. Pomiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie. Wojewoda Świętokrzyski dla Podmiotu prowadzi księgę rejestrową o numerze 000000014607.

Celem Zakładu 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.

Do zadań Zakładu należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) stacjonarnej i całodobowej opieki szpitalnej,
- b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Podstawy prawne legalizujące działalność jednostki:

- ✓ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm),
- ✓ Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz.1223, z późn. zm),
- ✓ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz 1027 z późn. zm);
- ✓ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r., Nr 157, poz.1240 z późn. zm),
- ✓ Statut Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze,
- ✓ Innych, obowiązujących w zakresie prowadzonej działalności, przepisów prawa.

**KIEROWNICTWO JEDNOSTKI**

Poniższe zestawienie przedstawia obsadę stanowisk kierowniczych w Szpitalu na dzień rozpoczęcia kontroli:

LP.	STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	DATA OBJĘCIA STANOWISKA	DATA ODWOŁANIA ZE STANOWISKA
1.	Dyrektor	Youssef Sleiman	28.08.2013r.	-
2.	Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych	Marzanna Bełtowska-Gołuch	02.10.2013r.	-
3.	Główny Księgowy	Jolanta Głowacka	14.03.2013r.	-

(Dowód: Akta kontroli nr karty 12)

**OCENA SKONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI**

Kontrolujący pozytywnie, pomimo stwierdzonych uchybień, oceniają działalność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, w zakresie objętym kontrolą.

**USTALENIA**

Powyższa ocena wynika z niżej opisanych ustaleń.

**I. REALIZACJA ZADAŃ OKREŚLONYCH W REGULAMINIE ORGANIZACYJNYM I STATUCIE, DOSTĘPNOŚĆ I JAKOŚĆ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej *ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut*. Statut o którym mowa w ust. 4 ww. artykułu nadaje podmiot tworzący.

812

Wypełniając postanowienia ustawodawcy, Sejmik Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28 czerwca 2012r. Uchwałą Nr XXI/366/12 nadał Statut Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

W dniu 26 listopada 2012r. Sejmik Uchwałą Nr XXV/443/12 wprowadził zmiany w Statucie Zakładu, które podyktowane były koniecznością dostosowania zapisów do ustawy z dnia 14 czerwca 2012r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

(Dowód: Akta kontroli nr kart od 13 do 15)

Kontrolujący, po zapoznaniu się z treścią Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze stwierdzili, że nazwa jednego z trzech wyodrębnionych przedsiębiorstw jest niezgodna z nazwą w Regulaminie Zakładu i wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

<b>STATUT ZAKŁADU – obowiązujący na dzień kontroli</b>	<b>REGULAMIN ZAKŁADU</b>	<b>KSIĘGA REJESTROWA NR 000000014607 stan na 28.04.2014 r. – wersja skrócona</b>
<b>Nazwa Przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego</b>		
<i>Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce - § 5 ust. 2 lit. c)</i>	<i>Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce - § 6 ust. 2 pkt 2.4</i>	<i>Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce – Lp.3 – data rozpoczęcia działalności leczniczej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego – 01.09.1975r.</i>

(Dowód: Akta kontroli nr kart od 16 do 108)

W związku z wyżej opisaną niezgodnością, Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemne wyjaśnienie o następującej treści: *W Statucie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze występuje nieaktualna nazwa Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze powodem tego jest niedopatrzenie i brak*



wprowadzenia stosownych zmian we właściwym czasie. Jednocześnie Pani Dyrektor zobowiązała się do niezwłocznej aktualizacji dokumentu w tym zakresie.

(Dowód: Akta kontroli nr karty 109)

Na pytanie Kontrolujących kto jest odpowiedzialny za wyżej opisaną nieprawidłowość Kontrolowany wskazał, że za wprowadzanie zmian do Statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego odpowiada Sekcja Planowania i Organizacji, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – funkcję tą pełni Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch.

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 109)

**Wniosek :**

W celu wyeliminowania stwierdzonego uchybienia należy dokonać zmian w Statucie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze poprzez właściwe określenie nazwy jednego z trzech wyodrębnionych przedsiębiorstw tak aby była ona zgodna z nazwą występującą w Regulaminie Jednostki i Księdze Rejestrowej.

Zgodnie z art. 23 ustawy o działalności leczniczej *regulamin ustalany jest przez kierownika podmiotu leczniczego*. Z kolei, art. 48 ust. 2 pkt 2) lit f) uprawnia radę społeczną do wydawania wniosków i opinii w sprawach dotyczących regulaminu organizacyjnego.

W świetle powyższego Kontrolujący ustalili, że w dniu 21 maja 2012 r. Rada Społeczna Zakładu podjęła Uchwałę Nr 13/2012 w której *pozytywnie zaopiniowała przedłożony przez Dyrektora Regulamin Organizacyjny jednostki*. Regulamin był dwukrotnie uchylony tj. w dniu 15 października 2012r. (pozytywna opinia Rady wyrażona w Uchwale Nr 15/2012) a następnie w dniu 18 grudnia 2012r. (pozytywna opinia Rady wyrażona w Uchwale Nr 21/2012).

(Dowód: Akta kontroli nr kart od 110 do 113)

W czasie objętym kontrolą do treści Regulaminu z dnia 18 grudnia 2012 r., trzykrotnie wprowadzono zmiany, o czym świadczą Uchwały Rady Społecznej Nr 4/2013

814

z dnia 12 marca 2013 r., Nr 8/2013 z dnia 20 maja 2013 r. i Nr 18/2013 z dnia 1 października 2013 r.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart od 114 do 128)*

W czasie objętym kontrolą, ustalono, że Rada Społeczna w Uchwałach: Nr 4/2013 z dnia 12 marca 2013 r., Nr 8/2013 z dnia 20 maja 2013 r. wyraziła pozytywne opinie m.in. w sprawie likwidacji komórek działalności podstawowej, a mianowicie:

1. Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej,
2. Pracowni Cytologii Plwociny – wyodrębnionej z Laboratorium Cytologii Plwociny i Prątka Gruźlicy,
3. Oddziału zabiegowego innego.

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr kart od 114 do 128)*

Na pytanie kontrolujących co było powodem zaistniałych zmian Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemne wyjaśnienie o następującej treści: *W związku z wypowiedzeniem umowy o pracę przez lekarza zatrudnionego w Oddziale III Rehabilitacji Pulmonologicznej (termin wypowiedzenia upłynął 28 lutego 2013r.), wobec braku możliwości spełnienia wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy realizujących umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, Oddział III Rehabilitacji Pulmonologicznej, z dniem 1 marca 2013 r. został zlikwidowany. Poza w/w główną przyczyną za zamknięciem oddziału przemawiały również względy ekonomiczne:*

1. *Strata za 9 miesięcy działalności w 2012 roku (od marca do grudnia) wyniosła ponad 600 000,00 zł.*
2. *Kontrakt zawarty z NFZ na rok 2013 wynosił 223 714,00 zł.*
3. *Koszty funkcjonowania oddziału w 2012 r. zamknęły się w kwocie 1 023 001,69 zł. w tym wynagrodzenia brutto 373 885,41 zł.*

*Od początku działalności Pracownia Cytologii Plwociny nie wykonywała pełnego zakresu badań cytologicznych i przynosiła straty, ale w związku z tym, że została utworzona z funduszy Unii Europejskiej, Szpital chcąc wypełnić warunki umowy nie mógł wcześniej podejmować działań zmierzających do likwidacji nierentownej pracowni. W 2013 r. minęło wymagane 5 lat od uruchomienia pracowni. Biorąc pod uwagę tylko koszty osobowe i koszty odczynników, 1 badanie cytologii płynów wykonane w pracowni*

*kosztowało w 2011 r. – 43,00 zł. w 2012 r. – 38,00 zł. Za to samo badanie wykonane, na podstawie zawartej umowy, przez laboratorium zewnętrzne Szpital płacił w 2011 r. i 2012 r. po 30,00 zł. W marcu 2013 r. wynegocjowano z laboratorium zewnętrznym obniżenie stawek badań m.in. badania cytologii płynów do 16,00 zł. za 1 badanie. Przyczyną likwidacji Oddziału zabiegowego innego był fakt, że Oddział znajdował się w schemacie organizacyjnym jako komórka, w której planowano uruchomić nowy oddział zabiegowy, jednak plany nie zostały zrealizowane i taki oddział nie funkcjonował. W związku z tym, że był on wyszczególniony w schemacie zaistniała potrzeba likwidacji nie istniejącej w rzeczywistości komórki organizacyjnej. Likwidacja oddziału nie miała żadnego wpływu na zawężenie zakresu świadczeń medycznych ponieważ takowych nie udzielała.*

*(Dowód: Akta kontroli nr kart 129)*

*W myśl § 5 ust. 5 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala komórki organizacyjne tworzy, likwiduje, łączy i przekształca Dyrektor – po uzyskaniu opinii Rady Społecznej.*

*W związku z powyższym po zapoznaniu się z treścią wyżej wymienionych Uchwał, Kontrolujący stwierdzili, że Rada Społeczna wyraziła opinię w sprawie likwidacji Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznego w dniu 12 marca 2013 r. podczas gdy, jak wynika z wyżej cytowanych wyjaśnień, Oddział ten zaprzestał działalność w dniu 28 lutego 2013 r.*

*Na tą okoliczność Pani Marzanna Beltowska-Gołuch – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemne wyjaśnienie, w następującym brzmieniu: Powodem podjęcia uchwały po terminie zakończenia działalności oddziału były względy organizacyjne niezależne od Szpitala:*

- Nie planowana rezygnacja z pracy lekarza zatrudnionego w Oddziale III Rehabilitacji Pulmonologicznej (termin wypowiedzenia upływał 28 lutego 2013r.) uniemożliwiająca spełnienie wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy realizujących umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza.*
- Pierwszy możliwy termin posiedzenia Rady Społecznej ustalony został na dzień 04.03.2013r. niestety z powodu braku quorum przygotowane projekty uchwał nie mogły zostać poddane pod głosowanie (...).*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 130)*

**Wniosek**

W celu uniknięcia wystąpienia w/w uchybienia w przyszłości, należy uzyskiwać opinie Rady Społecznej w sprawach dotyczących likwidacji komórek organizacyjnych Szpitala przed faktycznym dokonywaniem tych czynności.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. b) ustawy o działalności leczniczej i § 13 Statutu Zakładu *zadaniem Rady Społecznej jest przedstawianie podmiotowi tworzącemu – Zarządowi Województwa Świętokrzyskiego – wniosków i opinii w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności.*

Dodatkowo, § 15 Statutu zawiera zapis, że *sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego.*

W świetle powyższych regulacji na pytanie Kontrolujących czy Rada Społeczna przedstawiła podmiotowi tworzącemu wnioski i opinie w sprawie likwidacji komórek działalności podstawowej i czy działania w tym względzie były uzgadniane z Zarządem Województwa Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemne wyjaśnienie, w następującym brzmieniu: (...) *dokumenty z posiedzenia Rady Społecznej, w tym uchwała o likwidacji Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej zostały przekazane do Departamentu Ochrony Zdrowia po uzyskaniu opinii Rady czyli po terminie likwidacji. Z dalszej części wyjaśnień wynika, że W dniu 22 maja 2013r. przesłano do Departamentu Ochrony Zdrowia wraz z pismem przewodnim dokumenty z posiedzenia Rady w tym Uchwałę nr 7/2013 opiniującą likwidację Pracowni Cytologii Płwociny i Oddział zabiegowy inny.*

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 130)*

**Wniosek**

W celu uniknięcia wystąpienia ww nieprawidłowości w przyszłości należy zwracać szczególną uwagę na obowiązki wynikające z ustawy o działalności leczniczej i Statutu Zakładu, a dotyczące likwidacji komórek działalności podstawowej i uzgadniania tych kwestii z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego.



W art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej określony został zakres przedmiotowy regulaminu organizacyjnego. Wprawdzie zakres ten nie ma charakteru zamkniętego niemniej jednak przytoczony przepis wskazuje na zagadnienia, które w szczególności muszą być uregulowane w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu, w tym m.in.: dyspozycja zawarta w art. 24 ust. 1 pkt 7) obliguje do określenia w regulaminie struktury organizacyjnej poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wraz ze wskazaniem wykonywanych przez nie zadań, natomiast art. 24 ust. 1 pkt 9), 11) i 12) nakłada obowiązek określenia wysokości opłat za: udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

W świetle powyższego, analizowana treść Regulaminu Organizacyjnego Zakładu, obowiązującego w czasie objętym kontrolą, nie określa:

1. Zadań następujących komórek działalności podstawowej:

- a) Pracowni EKG przy ul. Jagiellońskiej 72,
- b) Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego przy ul. Jagiellońskiej 72 (alergologicznego, chorób płuc i gruźlicy dla dzieci),
- c) Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego przy ul. Jagiellońskiej 72 (chorób płuc i gruźlicy),
- d) Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego przy ul. Jagiellońskiej 72 (chirurgii, leczenia bólu).

2. Wysokości opłat za:

- a) udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- b) przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do przechowywania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 Nr 23, poz.295, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
- c) świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 20 do 92)

Na prośbę Kontrolujących, Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemną informację na okoliczność stwierdzonej nieprawidłowości o następującej treści: *Cenniki badań oraz zasady odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej i przechowywanie zwłok nie były zamieszczane w Regulaminie Organizacyjnym, zgodnie z zapisami Regulaminu były wydawane w formie zarządzeń wewnętrznych lub jako załączniki do zarządzeń. Taka praktyka funkcjonowała przez wiele lat. Z obowiązku ustawowego wynika, że wysokość opłat za w/w usługi powinna być umieszczana w regulaminie. Jednocześnie Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych oświadczyła, że na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej zostaną przedstawione stosowne zmiany do Regulaminu również w zakresie uzupełnienia go o wymagane cenniki. Ponadto, że treść Regulaminu organizacyjnego zostanie uzupełniona o zadania gabinetów.*

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 109 i Akta kontroli nr karty od 131 do 133 )*

Na pytanie Kontrolujących kto jest odpowiedzialny za wyżej opisane nieprawidłowości Kontrolowany wskazał, że za wprowadzanie zmian do Statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego odpowiada Sekcja Planowania i Organizacji, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – funkcję tę pełni Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch.

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 109 )*

### **Wniosek**

W celu wyeliminowania ww uchybień należy dokonać zmian w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu poprzez uzupełnienie jego treści:

- ✓ o zadania komórek działalności podstawowej, a mianowicie Pracowni EKG i Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych przy ul. Jagiellońskiej 72 w Kielcach.
- ✓ o wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Zgodnie z § 15 ust. 2 Statutu - *szczegółową strukturę organizacyjną Zakładu określa Regulamin Organizacyjny.*

W związku z powyższym, w wyniku dalszej analizy treści Regulaminu Organizacyjnego i Schematu Organizacyjnego stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu, Kontrolujący porównali dane zawarte w ww dokumentach z zakresem danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Ustalono, że w Regulaminie i Schemacie nie uwzględniono komórek organizacyjnych zgodnie z treścią Księgi Rejestrowej.

Poniższa tabela ilustruje, stwierdzone w toku kontroli, rozbieżności pomiędzy ww dokumentami.

LP.	NAZWA KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ KIELCE UL. JAGIELLOŃSKA 72,	REGULAMIN ORGANIZACYJNY ZAKŁADU I SCHEMAT ORGANIZACYJNY	KSIĘGA REJESTROWA NR 00000014607 stan na 28.04.2014r. – wersja skrócona
1.	Pracowania EKG	Brak	Rozpoczęcie działalności 01.09.1975r.
2.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (alergologiczny, chorób płuc i gruźlicy dla dzieci)	Brak	Rozpoczęcie działalności 01.01.2013r.
3.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (chorób płuc i gruźlicy)		
4.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (chirurgii, leczenia bólu)		

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty do 20 do 92 i od 93 do 108 )*

W związku z ww opisanymi niezgodnościami, Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła wyjaśnienia w następującym brzmieniu: *Pracowania EKG i wszystkie wymienione gabinety, w schemacie organizacyjnym zostały wydzielone w formie odrębnej komórki organizacyjnej pn: „Gabinety Zabiegowe”.*

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty od 131 do 132 )*

### **Wniosek**

W celu wyeliminowania ww uchybienia należy dokonać zmian w treści Regulaminu i Schematu Zakładu poprzez uzupełnienie o nazwę komórek organizacyjnych, o których mowa w powyższej tabeli. Dane te winny być tożsame z tymi, które objęte są wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.



820

Zgodnie z art. 107 ust.1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

W świetle powyższego i dalszej analizy dokumentów (Regulamin, Schemat, Księga Rejestrowa) Kontrolujący stwierdzili, że:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze		SCHEMAT ORGANIZACYJNY stanowiący załącznik nr1 do Regulaminu Organizacyjnego		KSIĘGA REJESTROWA NR 000000014607 stan na 28.04.2014r. – wersja skrócona DZIAŁ III KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PRZEDSIĘBIORSTWA	
Nazwa Komórki Działalności Podstawowej	Adres	Nazwa Komórki Działalności Podstawowej	Adres	Nazwa Komórki	Adres
Poradnia chirurgiczna	Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, Kielce	Poradnia chirurgiczna	Szpital w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10	Poradnia chirurgiczna	ul. Jagiellońska 72 w Kielcach,  ul. Czerwona Góra 10

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty od 20 do 108)

Na prośbę Kontrolujących Pani Marzanna Bęłowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych na okoliczność stwierdzonej nieprawidłowości złożyła pisemną informację o następującej treści: *Obie poradnie ze względów organizacyjnych znajdują się w strukturze Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. W schemacie organizacyjnym oznaczone jako jedna komórka pn Poradnia Chirurgiczna. Ze względu na nie uzyskanie kontraktu na świadczenia z tego zakresu w lokalizacji Chęciny, ul. Czerwona Góra 10, wpis w Księdze Rejestrowej: lp 65 zostanie usunięty przy wprowadzaniu najbliższych zmian do Księgi.*

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 131)

### **Wniosek**

Należy zwracać szczególną uwagę na obowiązek wynikający z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. W związku z tym, że Poradnia Chirurgiczna ul. Czerwonej Góra 10 nie świadczy usług z tego zakresu, to w celu wyeliminowania wyżej opisanego uchybienia fakt ten należy zgłosić organowi prowadzącemu rejestr.



Ustawa o działalności leczniczej, Statut i Regulamin Zakładu reguluje kwestie związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności w następujący sposób:

- ✓ ustawa - *do zadań Rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii m.in. w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,*
- ✓ statut – *do zadań Rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii m.in. w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,*
  - *sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego,*
- ✓ regulamin – *komórki organizacyjne tworzy, likwiduje, łączy i przekształca Dyrektor – po uzyskaniu opinii Rady Społecznej.*

W świetle powyższych unormowań, w wyniku analizy danych objętych wpisem do rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, Kontrolujący stwierdzili, że niżej wymienione komórki organizacyjne rozpoczęły działalność z dniem 01 stycznia 2013r.

- a) Pracownia Tomografii
- b) Pracownia USG
- c) Pracownia RTG
- d) Pracownia Gastroskopii
- e) Pracownia Kolonoskopii
- f) Laboratorium Analityczne
- g) Pracownia Mikrobiologii
- h) Pracownia Serologii

z tym, że kontrolowany Podmiot nie okazał dokumentów świadczących o powstaniu nowych komórek działalności podstawowej tj. m.in. opinii Rady Społecznej czy też stanowiska Zarządu w tym względzie.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że ww Pracownie i Laboratoria funkcjonują w strukturach istniejących już Działów.

8202

Poniższa tabela szczegółowo ilustruje dokonane zmiany w ww zakresie w układzie porównawczym.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY ZAKŁADU			KSIĘGA REJESTROWA NR 000000014607 STAN NA 28.04.2014r. – wersja skrócona					
			DZIAŁ III KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PRZEDSIĘBIORSTWA					
Lp.	Nazwa komórek działalności podstawowej	Adres	Lp.	Nazwa komórki	Adres	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności	Wyjaśnienia Kontrolowanego *
1.	Dział Diagnostyki Obrazowej	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	1.	Dział Diagnostyki Obrazowej	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	16.09.2002 r.	Brak	
1.1	Pracownia RTG	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	2.	Pracownia RTG	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	18.04.2007 r.	Brak	
1.2	Pracownia Tomografii Komputerowej	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	3.	Pracownia Tomografii Komputerowej	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	Z wyjaśnień Kontrolowanego wynika, że komórki w schemacie organizacyjnym wchodzi w skład Działu Diagnostyki Obrazowej, który zarejestrowany jest w księdze rejestrowej l.p.38. W związku z tym, że do celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych NFZ wymagał rejestracji poszczególnych pracowni , w dniu 01.01.2013r. zarejestrowano komórki wymienione w pkt: 3,4,5 tabeli
1.3	Pracownia USG	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	4.	Pracownia USG	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	
1.4	Pracownia RTG	ul. Jagiellońska 72, Kielce	5.	Pracownia RTG	ul. Jagiellońska 72, Kielce	01.01.2013 r.	Brak	
2.	Dział Endoskopii	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	6.	Dział Endoskopii	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	11.08.2006 r.	Brak	
2.1.	Pracownia Bronchoskopii Diagnostycznej	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	7.	Pracownia Bronchoskopii Diagnostycznej Zabiegowej	ul. Czerwona Góra 10 , Chęciny	11.08.2006 r.	Brak	
2.2	Pracownia Bronchoskopii Zabiegowej	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny						



2.3	Pracownia Gastroskopii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	8.	Pracownia Gastroskopii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	Z wyjaśnień Kontrolowanego wyniku, że komórki w schemacie organizacyjnym wchodzi w skład Działu Endoskopii, który zarejestrowany jest w księdze rejestrowej l.p.48. W związku z tym, że do celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych NFZ wymagał rejestracji poszczególnych pracowni, w dniu 01.01.2013r. zarejestrowano komórki wymienione w pkt: 8,9 tabeli
2.4	Pracownia Kolonoskopii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	9.	Pracownia Kolonoskopii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	
3.	Dział Diagnostyki Laboratoryjnej	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	10.	Dział Diagnostyki Laboratoryjnej	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.08.2002 r.	Brak	
3.1	Laboratorium Analityczne	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	11.	Laboratorium Analityczne	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	Z wyjaśnień Kontrolowanego wyniku, że komórki w schemacie organizacyjnym wchodzi w skład Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, który zarejestrowany jest w księdze rejestrowej l.p.37. W związku z tym, że do celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych NFZ wymagał rejestracji poszczególnych pracowni, w dniu 01.01.2013r. zarejestrowano komórki wymienione w pkt: 11,12,13 tabeli
3.2	Pracownia Mikrobiologii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	12.	Pracownia Mikrobiologii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013 r.	Brak	
3.3	Pracownia Serologii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	13.	Pracownia Serologii	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	01.01.2013r.	Brak	
3.4	Laboratorium Prątka Gruźlicy	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	14.	Laboratorium Prątka Gruźlicy	ul. Czerwona Góra 10, Chęciny	22.03.2006 r.	Brak	

\*Wyjaśnienia dotyczą kontrolowanego okresu czasu czyli do 01.01.2013r. do 31.12.2013r.

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty od 20 do 108)

Zgodnie z § 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru

- a) w dziale II księgi rejestrowej podmiotu leczniczego wpisuje się dane dotyczące jednostki organizacyjnej, zdefiniowanej jako wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.
- b) w dziale III księgi wpisuje się dane dotyczące komórki organizacyjnej zdefiniowanej jako wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część jednostki organizacyjnej.

W ocenie Kontrolujących, ze względu na fakt, że dane dotyczące Działów: Diagnostyki Obrazowej, Endoskopii, Diagnostyki Laboratoryjnej - wpisano do rejestru w miejscu przeznaczonym na dane dotyczące Komórek organizacyjnych, to spowodowało niezgodność struktury organizacyjnej Zakładu określonej w Regulaminie organizacyjnym i Schemacie, a także chaos w samej Księdze Rejestrowej.

Nadto, treść Księgi rejestrowej w obecnej formie, może wskazywać na fakt, że w Kontrolowanym Podmiocie ul. Czerwona Góra 10, Chęciny znajdują się np. po dwie pracownie tomografii komputerowej, gastrokopii itd.

### **Wniosek**

W celu wyeliminowania ww. rozbieżności należy dołożyć wszelkich starań i doprowadzić do ujednoczenia danych komórek działalności podstawowej w dokumentach wymienionych w powyższej tabeli. Informacje te winny odzwierciedlać rzeczywisty stan faktyczny.



**II. DOSTĘPNOŚĆ I JAKOŚĆ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

W toku czynności kontrolnych ustalono, w oparciu o regulamin organizacyjny, że w skład Szpitala wchodzi komórki działalności podstawowej oraz komórki administracyjne, ekonomiczne i techniczne.

Do komórek działalności podstawowej należą:

- a) oddziały szpitalne,
- b) izba przyjęć,
- c) blok operacyjny,
- d) pracownie diagnostyczne,
- e) poradnie specjalistyczne,
- f) gabinety zabiegowe,
- g) apteka szpitalna,
- h) stanowiska jednoosobowe oraz inne komórki organizacyjne, merytorycznie związane z działalnością podstawową.

W wyniku analizy wskaźników dostępności usług zdrowotnych osiągniętych w kontrolowanym okresie czasu, Kontrolujący ustalili, że liczba przyjętych pacjentów do: Oddziału I Pulmonologii, Oddziału II Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej, Oddziału IV Alergologiczno-Pulmonologicznego, Oddziału V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej, Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddziału VII Urologicznego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wyniosła łącznie 15 524 osób, natomiast łączna liczba leczonych w ww. Oddziałach to 16 008 osób.

Spośród 9 wyżej wymienionych Oddziałów największą liczbę pacjentów przyjętych i leczonych odnotowano :

- a) w VI Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
  - liczba przyjętych pacjentów – 3 281,
  - liczba leczonych pacjentów – 3 322,
  
- b) w VII Oddziale Urologii
  - liczba przyjętych pacjentów – 2 745,
  - liczba leczonych pacjentów – 2 757,

825

W toku czynności kontrolnych ustalono, że ze względu na specyfikę leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przyjęto 34 pacjentów, leczono 143. Natomiast, z uwagi na fakt, że III Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej funkcjonował przez dwa miesiące 2013r. tj. do 28 lutego 2013r. liczba przyjętych pacjentów w tym czasie wyniosła 50 osób, a leczonych 54.

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 134)*

Z dokumentów *KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH* przedstawionym Kontrolującym wynika, że w czasie objętym kontrolą, najdłuższy średni czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie odnotowano do:

- a) Oddziału Urologicznego – 23,77 dni przy liczbie oczekujących 48 – przypadki stabilne.
- b) Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej – 15,69 dni przy liczbie oczekujących 13 – przypadki stabilne.
- c) Oddziału IV Pulmonologiczno - Alergologicznego – 13,67 dni przy liczbie oczekujących 3 – przypadki stabilne.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart od 135 do 137)*

Na pytanie kontrolujących o wyjaśnienie przyczyn istniejących kolejek oczekujących w ww. Oddziałach, Starszy Statystyk Medyczny – Pani Krystyna Sobierajska wyjaśniła, że *Kolejka oczekujących zarówno na Oddziale Urologicznym jak i Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej wynika ze zbyt małej ilości łóżek. Natomiast kolejka oczekujących na przyjęcie do Oddziału I Pulmonologii wynika z faktu posiadania dwóch łóżek w Pracowni Diagnostyki Zaburzeń Snu, która funkcjonuje w strukturach Oddziału. Z kolei przypadki, które zostały umieszczone w kolejce oczekujących w Oddziale IV Pulmonologiczno – Alergologicznym posiadały status medyczny stabilny i nie wymagały natychmiastowej interwencji lekarza.*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 138)*

Kontrolujący ustalili, że na bieżąco przyjmowano pacjentów do Oddziałów: Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

Na podstawie losowo wybranych *wskaźników statystycznych porównawczych z miesiąca stycznia i grudnia 2013 roku* Kontrolujący ustalili, że liczba przyjętych pacjentów w miesiącu styczniu 2013 r. była wyższa o 224 osoby w porównaniu do grudnia 2013 r..

Poniższa tabela ilustruje przebieg liczby przyjęć pacjentów w poszczególnych Oddziałach:

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba przyjętych		Różnica
		styczeń 2013r.	grudzień 2013r.	
1.	I Pulmonologii	183	173	10
2.	II Gruźlicy i Chorób Płuc	154	124	30
3.	III Rehabilitacji Pulmonologicznej	28	0*	28
4.	IV Pulmunologiczno-Alergologiczny	207	178	29
5.	VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej	296	216	80
6.	V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii	131	122	9
7.	VII Urologiczny	238	207	31
8.	VIII Chirurgii Klatki Piersiowej	144	139	5
9.	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	3	2
<b>RAZEM</b>		<b>1386</b>	<b>1162</b>	<b>224</b>

\* Oddział III Rehabilitacji Pulmonologicznej zaprzestał swoją działalność w dniu 28 lutego 2013r.

(Dowód: Akta kontroli nr kart od 139 do 141)

Kontrolujący zwrócili się z prośbą do Kontrolowanego o przedstawienie *miesięcznych raportów ruchu chorych* prowadzonych dla Oddziału VII Urologicznego w 2013r., na podstawie których ustalono, że w oddziale ruch chorych kształtował się w sposób następujący :

Lp.	Miesiąc	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
1.	Styczeń	160	77	1	238
2.	Luty	137	69	0	206
3.	Marzec	135	75	1	211
4.	Kwiecień	139	71	0	210
5.	Maj	159	67	0	226

898

6.	Czerwiec	177	81	0	258
7.	Lipiec	173	75	0	248
8.	Sierpień	140	63	0	203
9.	Wrzesień	159	70	0	229
10.	Październik	173	82	0	255
11.	Listopad	172	82	0	254
12.	Grudzień	136	71	0	207
<b>ŁĄCZNIE</b>					<b>2745</b>

Z powyższych danych wynika, że do Oddziału VII Urologicznego największą liczbę pacjentów w roku 2013r. przyjęto w miesiącach: czerwiec, październik i listopad, zaś najmniej w miesiącach luty, sierpień i grudzień.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart od 142 do 153)*

W czasie objętym kontrolą, ustalono, że zmniejszono liczbę łóżek w Oddziałach: III Rehabilitacji Pulmonologicznej z 20 do 0 (od marca 2013r.) i V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z 40 na 36 (od listopada 2013r.).

Na pytanie co było powodem zmian, Pani Marzanna Beltowska-Gołuch – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych wyjaśniła, że w związku z wypowiedzeniem umowy o pracę przez lekarza zatrudnionego w Oddziale III Rehabilitacji Pulmonologicznej (termin wypowiedzenia upłynął 28 lutego 2013r.), wobec braku możliwości spełnienia wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy realizujących umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych z dniem 1 marca 2013r. oddział został zlikwidowany. W dalszej części wyjaśnień Kontrolowany zamieścił, że Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii został przeniesiony do pomieszczeń o mniejszej powierzchni, stąd konieczność zmniejszenia liczby łóżek.

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 154)*

Z dokumentu *ZESTAWIENIE WSKAŹNIKÓW DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH* osiągniętych w kontrolowanym okresie wynika, że do Poradni: Alergologicznej, Chirurgicznej, Chirurgii Klatki Piersiowej, Gruźlicy i Chorób Płuc, Gruźlicy i Chorób Płuc



dla Dzieci, Domowego Leczenia Tlenem, Leczenia Bólu oraz Działu Rehabilitacji Medycznej łącznie przyjęto i leczono 23047 pacjentów.

Na podstawie ww. dokumentu Kontrolujący ustalili, że największą liczbę pacjentów przyjęto/leczono:

- a) w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc – 8 734 osoby,
- b) w Poradni Alergologicznej – 7 614 osób.

Z kolei, najmniejszą liczbę pacjentów odnotowano:

- a) w Poradni Domowego Leczenia Tlenem – 130 osób,
- b) w Poradni Leczenia Bólu – 715 osób.

Kontrolujący ustalili, że w 2013r. pacjenci najdłużej oczekiwali do :

- a) Poradni Alergologicznej – 85,24 dni przy liczbie oczekujących 186,
- b) Poradni Domowego Leczenia Tlenem – 80,63 dni przy liczbie oczekujących 16,
- c) Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc – 65,95 dni przy liczbie oczekujących 142,
- d) Działu Rehabilitacji Medycznej – 36,33 dni przy liczbie oczekujących 601.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart: od 155 do 160)*

Z wyjaśnień Pani Krystyny Sobierajskiej – Starszego Statystyka Medycznego wynika, że przypadki, które zostały umieszczone w kolejce oczekujących zarówno do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Poradni Alergologicznej posiadają status medyczny stabilny i nie wymagały natychmiastowej interwencji lekarza. Dodatkowo wyjaśniła, że świadczenia wykonywane, w Poradni Alergologicznej to głównie procedury diagnostyczne, które wymagają kontroli lekarza i są czasochłonne (testy). Natomiast kolejka oczekujących na przyjęcie do Poradni Domowego Leczenia Tlenem spowodowana jest faktem, że pacjenci oczekują w kolejce na koncentrator. Zaś pacjenci umieszczeni w kolejce na świadczenia rehabilitacyjne zostali zapisani ze względu na ograniczony kontrakt NFZ w tym zakresie.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr karty 138)*

W czasie objętym kontrolą, ustalono, że pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej.

830

ZESTAWIENIE WSKAŹNIKÓW DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH okazane Kontrolującym dotyczące średniego czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie w Poradniach, porównano ze *wskaźnikami statystycznymi pn. Kolejki Oczekujących*, nie znajdując rozbieżności w tym względzie.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 ze zm.), Świadczeniodawca przekazuje co miesiąc Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach komunikaty dotyczące kolejek oczekujących. Na potwierdzenie tego faktu okazano Kontrolującym wydruk z Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji za rok 2013r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze prowadzi Księgę Odmów na podstawie § 27 ust.1 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252 poz. 1697 ze zm.)*.

Na podstawie wydruku z Księgi Odmów prowadzonej w wersji elektronicznej przez Izbę Przyjęć Szpitala i Oświadczenia Kontrolowanego, ustalono, że w czasie objętym kontrolą 5 135 pacjentom odmówiono przyjęcia, z następujących powodów:

- ✓ braku możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala (4 przypadki),
- ✓ braku odpowiedniego zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń w dziedzinie ortopedii (1 przypadek),
- ✓ braku wolnych łóżek (63 przypadki),
- ✓ braku wskazań do hospitalizacji (4451 przypadków),
- ✓ odmowy hospitalizacji przez pacjenta (305 przypadków),
- ✓ samowolnego opuszczenia Izby Przyjęć (10 przypadków),
- ✓ skierowania do innego szpitala (170 przypadków),
- ✓ zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć (5 przypadków)
- ✓ innych niż wymienione, np. pacjenci oczekujący na termin przyjęcia lecz nie pierwszorazowi (126 przypadków).

(Dowód: Akta kontroli nr kart: od 161 do 163)

W myśl art. 21 ust. 1 pkt 1) i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku szpitali. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy.*

W świetle powyższych regulacji, Kontrolujący ustalili, że Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów w okresie objętym kontrolą funkcjonował na podstawie dokumentu organizacyjnego nr DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji” z dnia 01 stycznia 2012r. Dokument ten oprócz wymienionych w nim zadań zawiera opis działalności zespołu, w następującym brzmieniu:

1. *Spotkania Zespołu odbywają się 1 raz na kwartał i są dokumentowane – lista obecności, protokół.*
2. *Terminy spotkań każdorazowo ustala Przewodniczący Zespołu.*
3. *Raporty z działalności sporządza Przewodniczący Zespołu 1 raz na pół roku.*
4. *Przewodniczący Zespołu przekazuje raporty pocztą elektroniczną (e-mail) Dyrektorowi, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Przewodniczącej Zespołu ds. jakości, Asystentce Dyrektora oraz Kierownikom komórek organizacyjnych w terminach odpowiednio do analizowanego półrocza tj do 31 lipca i 31 stycznia każdego roku.*
5. *Dokumentacja z działalności Zespołu jest prowadzona, przechowywana i archiwizowana zgodnie z punktem 5 DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji”*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty od 164 do 170)*

W wyniku analizy badanego dokumentu Kontrolujący stwierdzili, że tryb pracy zespołu był niezgodny z przepisami prawa ustalonymi w tym zakresie.

Na prośbę Kontrolujących Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemną informację na okoliczność stwierdzonej nieprawidłowości o następującej treści: *Zapisy w dokumencie wewnętrznym dotyczące działalności Zespołu nie są spójne z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie*

832

*częstotliwości dokonywania okresowych ocen list oczekujących na udzielenie świadczenia. Wynika to z błędnej interpretacji zapisów cytowanej ustawy”.*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 171)*

### **Wniosek**

W celu wyeliminowania wyżej opisanej nieprawidłowości należy, tryb pracy zespołu oceny przyjąć, określić w sposób określony w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w skład zespołu oceny przyjąć wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej ;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku – inna pielęgniarka albo położna.

Kontrolujący zweryfikowali skład osobowy zespołu funkcjonujący w okresie objętym kontrolą i stwierdzili, że brak jest w nim pielęgniarki naczelnej. Natomiast na członka zespołu Dyrektor Podmiotu Kontrolowanego powołał Panią Jolantę Błaszkievicz – pracownika Działu Statystyki i Dokumentacji .

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 164-170)*

W związku z powyższym Pani Marzanna Beltowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych złożyła pisemną informację na okoliczność stwierdzonej nieprawidłowości o następującej treści: *Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów działa na podstawie dokumentu organizacyjnego nr DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji”. W 2013 roku obowiązywało wydanie 1 dokumentu z dnia 01.01.2012r. , które w składzie osobowym nie zawierało Pielęgniarki Naczelnej. Od dnia 01.02.2014 r. weszło w życie 2 wydanie DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji”, w którego skład wchodzi m.in. Pielęgniarka Naczelna. W składzie Zespołu znajduje się również Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji, który został powołany do Zespołu w celu sporządzania okresowych zestawień dotyczących list oczekujących.*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 171)*

Na pytanie Kontrolujących kto jest odpowiedzialny za wyżej opisane nieprawidłowość Kontrolowany określił, że *za powstanie rozbieżności pomiędzy zapisami ustawy a treścią wewnętrznego dokumentu regulującego prace zespołu odpowiedzialny jest zespół autorski, który opracował dokument organizacyjny nr DO-02 „Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji”* – z dokumentu organizacyjnego nr DO-02 wynika, że został on opracowany przez Panią Marzannę Bełtowską – Gołuch, Pana Jerzego Szeblę, Pana Krzysztofa Skowronka.

*(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 171)*

Raporty i protokoły z oceny list oczekujących na świadczenie medyczne sporządzane były raz na kwartał i za I półrocze 2013 r. W wyniku analizy treści okazanych dokumentów Kontrolujący stwierdzili, że Zespół wbrew art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie dokonywał oceny: prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Praca Zespołu koncentrowała się przede wszystkim na danych objętych wpisem w Księdze Odmów prowadzonej przez Izbę Przyjęć.

*(Dowód: Akta kontroli nr karty od 172 do 175)*

W związku z powyższym Pan Krzysztof Lis - Przewodniczący Zespołu złożył pisemną informację na okoliczność stwierdzonej nieprawidłowości o następującej treści: *Pragnę wyjaśnić, że w raportach i protokołach zgłoszonych przez zespół ds. przyjęć pacjentów w 2013 r. zabrakło informacji, wymaganych ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z analizy dokumentacji medycznej Izby Przyjęć, analiz dokumentacji odmów przyjęć pacjentów. Braki te wynikały z szablonowego ujęcia ww. raportów których dane oparte zostały na informacjach z księgi przyjęć pacjentów prowadzonej na Izbie Przyjęć i nie były one korygowane przez nadzór bezpośredni.*

*(Dowód: Akta kontroli nr karty 176)*

Na pytanie Kontrolujących kto jest odpowiedzialny za wyżej opisane nieprawidłowość Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych podała, że *Za realizację zadań Zespołu ds. oceny Przyjęć odpowiada Przewodniczący,*



824

który organizuje i kieruje pracą Zespołu – w czasie objętym kontrolą funkcję tę pełnił Pan Krzysztof Lis.

(Dowód: Patrz Akta kontroli nr karty 176)

Osobą odpowiedzialną za brak właściwego nadzoru nad sposobem prowadzenia oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia jest Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze – Pan Youssef Sleiman.

### **Wniosek**

W celu uniknięcia wystąpienia ww uchybień w przyszłości:

- a) zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę winien wykonywać swoje zadania zgodnie z przepisami prawa określonymi w art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- b) należy dokonywać właściwego nadzoru nad sposobem prowadzenia przez zespół oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia.

## **ANALIZA SKARG WNIOSZONYCH PRZEZ PACJENTÓW**

Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze określa *Procedura Nr - PO -19 - Postępowanie ze skargą pacjenta*, obowiązująca od 18.03.2013r., która zastąpiła Procedurę Nr PM/O/19 wydanie 1 „Postępowanie ze skargą pacjenta” z dnia 12 kwietnia 2008r. Procedura swoim zakresem obejmuje skargi wpływające do Jednostki i dotyczy wszystkich pracowników zatrudnionych w Szpitalu i Przychodni.

(Dowód: Akta kontroli nr kart: od 177 do 182)

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze prowadzony jest rejestr skarg w wersji elektronicznej. Osobą odpowiedzialną za szczegółowe i obiektywne rozpatrzenie skargi jest Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta. Wszystkie skargi dokumentowane są w „Rejestrze spraw Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta”. Na potrzeby kontroli przedłożono wydruk z niniejszego rejestru za okres od 01 stycznia 2013r. do 31 grudnia 2013r.. Po przeanalizowaniu dokumentu Kontrolujący

ustalili, że w niniejszym okresie wpłynęło siedem skarg nie podlegających nadzorowi medycznemu (w tym trzy zasadne) i dotyczyły one:

- ✓ nadmiernego stosowania antybiotyków,
- ✓ niewłaściwego zachowania personelu medycznego Oddziału I Pulmonologii,
- ✓ utrudnień w dostępie do specjalisty oraz braku zainteresowania Pań rejestratorek dzwoniącym telefonem,
- ✓ odmowy przyjęcia do Szpitala pacjenta ze skierowaniem,
- ✓ warunków panujących na salach Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej,
- ✓ telefonicznego kontaktowania się osoby ze Szpitala z osobą opiekującą (koleżanka) w sprawie ubezpieczenia pacjenta,
- ✓ nierespektowania przez lekarza Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej prawa pacjenta będącego Honorowym Dawcą Krwi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart: od 183 do 186)*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w dwóch postępowaniach skargowych dotyczących:

- ✓ niewłaściwego zachowania personelu medycznego Oddziału I Pulmonologii,
- ✓ nierespektowania przez lekarza Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej prawa pacjenta będącego Honorowym Dawcą Krwi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością,

udzielono odpowiedzi w terminie późniejszym niż 30 dni licząc od daty wpływu skargi. W przypadku pierwszym została udzielona odpowiedź 17 dni po terminie, z kolei w drugim 5 dni po upływie właściwego terminu. Procedura postępowania ze skargą pacjenta - Nr PO-19, w pkt. 6.9 dopuszcza rozpatrzenie skargi po upływie 30 dni od daty złożenia skargi, ale po wcześniejszym uzgodnieniu z osobą zainteresowaną.

Na pytanie Kontrolujących co było przyczyną zaistniałej sytuacji i czy uzgodniono termin rozpatrzenia skargi z zainteresowanymi, Kontrolowany oświadczył, że „opóźnienie w odpowiedzi było spowodowane nieobecnością w pracy pracowników, których wyjaśnienia były niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy. Ponadto, że przesunięcie terminu przekazania odpowiedzi było uzgodnione telefonicznie z zainteresowanymi”.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr karty od 183 do 184)*

W związku z powyższym, Kontrolujący zwrócił ustnie uwagę Pełnomocnikowi ds. Praw pacjenta Pani Marzannie Bełtowskiej-Gołuch, aby w przyszłości w podobnych przypadkach, Kontrolowany w pełni dokumentował postępowanie wyjaśniające – dotyczące skargi, tj. w aktach sprawy zamieszczał dowód uzgodnienia przedłużenia terminu rozpatrzenia skargi ze skarżącym.

Na pytanie Kontrolującego czy Rada Społeczna Szpitala dokonała analizy skarg wniesionych przez pacjentów, Kontrolowany poinformował, że w dniu 13 lutego 2014r. skargi wniesione w okresie objętym kontrolą zostały przedstawione Radzie Społecznej do analizy. Na tą okoliczność okazano protokół nr 1/2014, z posiedzenia Rady Społecznej wraz z informacją z realizacji zadań Pełnomocnika ds. Pacjenta za okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. - przedłożoną Radzie Społecznej Szpitala.

*(Dowód: Akta kontroli nr karty od 186 do 188)*

W okresie objętym kontrolą, w dniu 21.05.2013r. - do Jednostki wpłynęło jedno podziękowanie dla całego personelu Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej, za opiekę medyczną i profesjonalne przeprowadzenie operacji.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr karty 183)*

## ANALIZA STANU ZATRUDNIENIA

Analizę stanu zatrudnienia w badanym okresie ilustruje poniższa tabela :

Lp.	Jednostka organizacyjna medyczna	Liczba pracowników na dzień 01.01.2013r. wynosiła łącznie <u>485</u> osób		Liczba pracowników na dzień 31.12.2013r. wynosiła łącznie <u>493</u> osób		Liczba etatów na dzień 01.01.2013r. wynosiła łącznie <u>477,24</u>		Liczba etatów na dzień 31.12.2013r. wynosiła łącznie <u>485,22</u>	
		Wyższy personel medyczny	Średni personel medyczny	Wyższy personel medyczny	Średni personel medyczny	Wyższy personel medyczny	Średni personel medyczny	Wyższy personel medyczny	Średni personel medyczny
1.	Szpital	88 osoby w tym: 63 lekarzy, 2 farmaceutów, 16 chemików-biologów, 1 dyrektor, 1 psycholog, 5 pozostały personel.	340 osób, w tym: 275 pielęgniarek, 6 tech. farmacji, 11 tech. RTG, 12 tech. analityki, 3 tech. fizjoterapii, 25 sekretarek med., 1 rejestrator med., 3 statystyków med., 3 dietetyczki, 1 archiwista .	91 osób, w tym: 67 lekarzy, 2 farmaceutów, 15 chemików-biologów, 1 dyrektor, 1 specjalista ds. jakości, 1 psycholog, 4 pozostały personel.	332 osób, w tym: 264 pielęgniarek, 6 tech. farmacji, 11 tech. RTG, 12 tech. analityki, 3 tech. fizjoterapii, 28 sekretarek med., 1 rejestrator med., 3 statystyków med., 3 dietetyczki, 1 archiwista.	82,83	339,25	85,61	331,25
2.	Przychodnia	6 lekarzy	8 osób, w tym: 4 pielęgniarki, 3 starszych rej. med. 1 statystyk med.	5 lekarzy	8 osób, w tym: 3 pielęgniarki, 1 sekretarka med., 3 starszych rej. med., 1 statystyk med.	4,16	8	3,36	8
3.	Kontrakt medyczny (umowa cywilno-prawna)	39	4	52	5	39	4	52	5
	Razem:	133	352	148	345	125,99	351,25	140,97	344,25

(Dowód: Akta kontroli nr kart: od 189 do190)



838

Z powyższej analizy wynika, że zatrudnienie na dzień 31 grudnia 2013r. wzrosło o 8 osób w stosunku do zatrudnienia na dzień 01 stycznia 2013r. (t.j. o 7,98 etaty). Szczegółowa analiza danych pozwoliła na ustalenie, że w *grupie wyższego personelu medycznego* zatrudnienie wzrosło o 15 osób (co stanowiło 14,98 etatów), natomiast w *grupie średniego personelu medycznego* zatrudnienie zmalało o 7 osób (co stanowiło 7 etatów),

Na pytanie kontrolujących, co było powodem tych zmian, Kontrolowany wyjaśnił, że:

- ✓ w grupie zawodowej lekarzy w Szpitalu zatrudnienie na dzień 31.12.2013r. wzrosło o 4 osoby. Na dzień 01.01.2013r. stan zatrudnienia w tej grupie wyniósł 63 osoby, a na dzień 31.12.2013r. - 67. Kontrolowany wyjaśnił, że w 2013r. zatrudnionych zostało 10 lekarzy (4 lekarzy rezydentów, 2 lekarzy stażystów, 4 starszych asystentów), jak również 5 lekarzy rozwiązało umowę o pracę oraz nastąpiła 1 zmiana stanowiska z lekarza na dyrektora,
- ✓ w grupie zawodowej lekarzy w Przychodni, na dzień 31.12.2013r. zatrudnienie zmalało o 1 osobę (przejsie pracownika na emeryturę),
- ✓ w grupie personelu pielęgniarskiego w Szpitalu zatrudnienie w badanym okresie zmalało o 11 osób (8 pielęgniarek rozwiązało umowę o pracę na mocy porozumienia stron, 2 odeszły na emeryturę, oraz 1 pielęgniarka od 15.07.2013r. przeszła na urlop bezpłatny i w związku z tym nie jest liczona do stanu zatrudnienia,
- ✓ w grupie personelu pielęgniarskiego w Przychodni zatrudnienie w kontrolowanym okresie zmalało o 1 osobę, w związku z przejściem do pracy w Szpitalu,
- ✓ wskutek przejścia pracownika na emeryturę, zatrudnienie w grupie personelu chemicy- biolodzy zmalało o 1 osobę w ujęciu rocznym,
- ✓ w związku z otwarciem nowego oddziału i ciężką pracownicy wzrosło zatrudnienie w grupie sekretarek medycznych w Szpitalu o 3 osoby,
- ✓ w Przychodni wzrosło zatrudnienie o 1 sekretarkę medyczną.

Ponadto Kontrolowany podał, że:

- ✓ stan zatrudnienia w grupie wyższego personelu medycznego świadczącego usługi na podstawie umów cywilno-prawnych (kontraktów) wzrósł o 13 osób w ujęciu rocznym,
- ✓ z kolei w grupie średniego personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy cywilno-prawnej zatrudnienie w badanym okresie wzrosło o 1 osobę (1 pielęgniarka – świadcząca domowe wizyty).

(Dowód: Patrz akta kontroli nr karty od 190 do 191)

W toku kontroli ustalono, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze na dzień 31.12.2013r. zatrudnionych jest:

a) 72 lekarzy na umowę o pracę posiadających następujące kwalifikacje:

✓ specjaliści II<sup>0</sup> w następujących dziedzinach:

- chorób wewnętrznych – 8 osób
- chorób płuc – 19 osób,
- alergologii – 2 osoby,
- kardiologii - 2 osoby,
- endokrynologii – 1 osoba,
- chirurgii onkologicznej – 1 osoba,
- chirurgii ogólnej – 6 osób,
- urologii – 5 osób,
- anestezjologii – 5 osób,
- radiologii – 2 osoby,

✓ specjaliści I<sup>0</sup> w następujących dziedzinach:

- choroby płuc – 1 osoba,
- anestezjologii – 1 osoba,

✓ 19 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Kontrolowany wskazał, że w tej grupie zatrudnionych jest ośmiu lekarzy z tytułem dr nauk medycznych.

b) 52 lekarzy na umowę cywilno - prawną posiadających następujące kwalifikacje:

✓ specjaliści II<sup>0</sup> w następujących dziedzinach:

- chorób wewnętrznych – 1 osoba,
- chorób płuc – 3 osoby,
- alergologii – 5 osób,
- chirurgii onkologicznej – 1 osoba,
- chirurgii ogólnej - 7 osób,
- urologii – 3 osoby,
- anestezjologii – 13 osób,
- radiologii – 6 osób,

840

- chirurgii klatki piersiowej – 5 osób,
- neurologii – 1 osoba,
- stomatologii zachowawczej – 1 osoba,
- psychiatrii – 2 osoby,
  
- ✓ medycyny pracy – 2 osoby,
- ✓ 2 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Wśród tej grupy lekarzy jest 4 z tytułem dr nauk medycznych.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr kart od 191 do 192)*

Kontrolującym okazano wybrane losowo dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje, a mianowicie:

- ✓ lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – dyplom specjalisty wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 04 maja 2010r.,
- ✓ lekarza specjalisty w dziedzinie alergologii – dyplom specjalisty wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 11 maja 2005r., posiadającego również specjalizację II<sup>o</sup> z chorób płuc – zaświadczenie wydane przez Wojewódzki Szpital Zespolony – Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w dniu 16 listopada 1995r.,
- ✓ lekarza specjalisty w dziedzinie choroby płuc – dyplom specjalisty wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 12 maja 2011r.,
- ✓ lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej – dyplom specjalisty wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 12 listopada 2009 r.,
- ✓ lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – dyplom specjalisty wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 17 kwietnia 2009 r. posiadającego również tytuł specjalisty w dziedzinie choroby płuc – dyplom wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w dniu 06 grudnia 2012 r.

*(Dowód: Akta kontroli nr kart od 193 do 209)*

Średni personel medyczny posiada następujące wykształcenie:

- ✓ w grupie pielęgniarek
  - 180 osób - wyższe,
  - 87 osób - średnie,
- ✓ 3 dietetyczki - wyższe,
- ✓ w grupie sekretarek medycznych, rejestratorów i statystyków:
  - 20 osób - wyższe,
  - 12 osób - średnie,
- ✓ w grupie techników rtg:
  - 2 osoby - wyższe
  - 9 osób - średnie,
- ✓ w grupie techników analityki medycznej:
  - 1 osoba - wyższe,
  - 11 osób - średnie,
- ✓ w grupie techników fizjoterapii:
  - 3 osoby-średnie,
- ✓ w grupie techników farmacji:
  - 4 osoby - wyższe,
  - 2 osoby-średnie.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze na dzień 31.12.2013r. zatrudniał :

- ✓ 41 osób w administracji,
- ✓ 10 osób w obsłudze - w Szpitalu,
- ✓ 3 osoby w obsłudze - w Przychodni.

W grupie personelu administracyjnego w porównaniu ze stanem na dzień 01.01.2013 r., wzrosło zatrudnienie o 1 osobę, w związku z zatrudnieniem pracownika w Sekcji Zamówień Publicznych. Z kolei zatrudnienie w grupie personelu – obsługi, zmalało o 7 osób, w związku z rozwiązaniem umowy o pracę przez 3 pracowników i wypowiedzeniem stosunku pracy 4 pracownikom przez zakład pracy.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr karty 191 oraz nr karty 210)*



842

## ANALIZA WYKONANIA UMÓW ZAWARTYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA

Z dokumentu „ZESTAWIENIE UMÓW ZAWARTYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA ORAZ ICH WYKONANIE” przedstawionego Kontrolującym wynika, że w okresie objętym kontrolą, realizowane były następujące umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia – Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim w Kielcach:

a) umowa w rodzaju leczenie szpitalne w tym :

- oddział V chorób wewnętrznych i kardiologii,
- oddział IV pulmonologiczno - alergologiczny, alergologia hospitalizacja planowa,
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
- oddział II chorób płuc i gruźlicy,
- oddział IV pulmonologiczno-alergologiczny,
- oddział I pulmonologii,
- oddział VI chirurgii ogólnej i onkologicznej,
- oddział VIII chirurgii klatki piersiowej,
- oddział VIII chirurgii klatki piersiowej DO1,DO2,
- oddział VII urologiczny,
- izba przyjęć.

b) umowa w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w tym:

- świadczenia w zakresie alergologii,
- świadczenia w zakresie leczenia bólu,
- świadczenia w zakresie chorób płuc i gruźlicy,
- świadczenia w zakresie chorób płuc i gruźlicy dla dzieci,
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej,
- świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej.

c) umowa w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – kosztochłonne w tym:

- badania tomografii komputerowej.

d) umowa w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane (SOK) w tym:

- tlenoterapia domowa.

e) umowa w rodzaju rehabilitacja lecznicza w tym :

- fizjoterapia ambulatoryjna,
- rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych.

f) umowa w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne-lekowe w tym:

- program lekowy – leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem,
- leki w programie lekowym – leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem.

g) umowa w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w tym:

- program profilaktyki chorób odtytoniowych w tym POCHP etap specjalistyczny.

W 2013 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Św. Rafała w Czerwonej Górze łączną kwotę w wysokości 52.369.659,74 zł. w tym :

a) umowa w rodzaju leczenie szpitalne:

- 4.569.806,80 zł na oddział V chorób wewnętrznych i kardiologii,
- 779.220,00 zł na oddział IV pulmonologiczno-alergologiczny, alergologia hospitalizacja planowa,
- 2.800.718,96 zł na oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
- 6.229.982,72 zł na oddział II chorób płuc i gruźlicy,
- 3.714.880,00 zł na oddział IV pulmonologiczno-alergologiczny,
- 5.844.720,44 zł na oddział I pulmonologii,
- 7.954.018,28 zł na oddział VI chirurgii ogólnej i onkologicznej,
- 7.416.958,64 zł na oddział VIII chirurgii klatki piersiowej,
- 3.530.696,00 zł na oddział VIII chirurgii klatki piersiowej DO1,DO2,
- 6.073.936,44 zł na oddział VII urologiczny,
- 1.186.250,00 zł na izbę przyjęć.

b) umowa w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- 322.533,12 zł na świadczenia w zakresie alergologii,
- 42.376,50 zł na świadczenia w zakresie leczenia bólu,
- 405.067,50 zł na świadczenia w zakresie chorób płuc i gruźlicy,

- 844
- 34.164,16 zł na świadczenia w zakresie chorób płuc i gruźlicy dla dzieci,
  - 80.421,27 zł na świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej,
  - 66.811,20 zł świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej.

c) umowa w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - kosztochłonne:

- 375.450,50 zł na badania tomografii komputerowej.

d) umowa w rodzaju świadczenia odrębni kontraktowane (SOK):

- 498.364,00 zł na tlenoterapię domową,

e) umowa w rodzaju rehabilitacja lecznicza:

- 146.619,00 zł na fizjoterapię ambulatoryjną,
- 56.322, 00 zł na rehabilitację pulmonologiczną w warunkach stacjonarnych.

f) umowa w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne-lekowe

- 25.703,29 zł na program lekowy – leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem,
- 210.814,92 zł na leki w programie lekowym – leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem,

g) umowa w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne:

- 3.824,00zł na program profilaktyki chorób odtytoniowych w tym POCHP etap specjalistyczny

*(Dowód: Akta kontroli nr kart od 211 do 216)*

Po ostatecznym rozliczeniu umów, nadwykonania za 2013r. wyniosły 1.070.083,07zł. i powstały w następujących rodzajach umów:

- a) leczenie szpitalne na kwotę 933.513,36zł. Kontrolowany podał, że nadwykonania można zaobserwować w każdym zakontraktowanym zakresie leczenia szpitalnego, w szczególności na oddziale chorób wewnętrznych i kardiologii, II oddziale chorób płuc i gruźlicy, oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz na oddziale urologii.

- b) ambulatoryjna opieka specjalistyczna na kwotę 43.601,61zł, w tym znacząco na świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc,
- c) ambulatoryjna opieka specjalistyczna - kosztochłonne na kwotę 25.290,10zł - badania tomografii komputerowej,
- d) rehabilitacja lecznicza na kwotę 67.678,00 zł.

Kontrolowany podał, że nadwykonania powstały w związku z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców Województwa Świętokrzyskiego w zakresie :

- chorób wewnętrznych - najczęściej świadczeń udzielono z grup: choroby układu krążenia, choroby układu moczowo-płciowego, choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony;
- chorób płuc - najczęściej świadczeń udzielono z grup: chorób układu oddechowego w tym choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej, gruźlica - leczenie długoterminowe;
- chirurgii ogólnej najczęściej świadczeń udzielono z grup: chorób przewodu pokarmowego (w tym znaczna część świadczeń zabiegowych), chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony (w tym znaczna część świadczeń zabiegowych), choroby piersi, skóry i oparzenia (w tym znaczna część świadczeń zabiegowych), choroby układu mięśniowo – szkieletowego (w tym znaczna część świadczeń zabiegowych łącznie z amputacjami rozległymi i dużymi), choroby naczyń (w tym znaczna część świadczeń zabiegowych), choroby układu dokrewnego ( w tym znaczna część świadczeń zabiegowych).
- urologii – najczęściej świadczeń udzielono w zakresie leczenia zakażenia nerek, średnich i małych zabiegów endoskopowych moczowodu oraz pęcherza moczowego, średnich zabiegów na cewce moczowej, leczono i diagnozowano choroby nerek oraz dróg moczowych.

*(Dowód: Patrz akta kontroli nr kart od 215 do 216)*



846

Zgodnie z § 26 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1509), podmiot uprawniony do kontroli oczekuje od Pana Dyrektora, w terminie **30 dni** od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze (§ 25 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1509).

Kielce, dnia 10 lipiec 2014r.

Podmiot uprawniony do kontroli:

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA

Adam Janubas

WICEMARSZAŁEK

Grzegorz Świercz

Dyrektor  
Departamentu Ochrony Zdrowia

Grzegorz Stokowiec

E. Paweł

H. Tomasz

E. Górczyński



L.dz. AO – 383 /2014

Departament Ochrony Zdrowia  
Wpłynęło dnia 29.08.14  
Nr pisma 81872/14  
Podpis [signature]

Chęciny, dnia 2014-08-29

Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego  
Al. IX Wieków Kielc 3  
25-516 Kielce

dotyczy : **Informacja o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych z kontroli przeprowadzonej dn. 23-30.04.2014 r.**

850  
Dyktando została pomyślnie  
ustawiona w sprawie dotychczas  
obrotu funkcji  
w odprawach i  
zakładach  
[signature]

Informuję, iż zalecenia, wnioski oraz stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości zostały usunięte w następujący sposób:

1. Niezgodność nazwy Przychodni występująca w Statucie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

W dniu 07.08.2014 r. złożono wniosek do Departamentu Ochrony Zdrowia w sprawie aktualizacji Statutu w zakresie nazwy Przychodni na: Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce.

Przyjęcie wniosku przez podmiot tworzący pozwoli na uzyskanie zgodności co do nazwy Przychodni w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu, Księdze Rejestrowej i Statucie. Dołożymy wszelkich starań, aby takie niezgodności w przyszłości nie miały miejsca.

2. Brak stanowiska Zarządu Województwa Świętokrzyskiego w sprawie likwidacji Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej, Pracowni Cytologii Płwociny – wyodrębnionej z Laboratorium Cytologii Płwociny Prątka Gruźlicy, Oddziału Zabiegowego Innego. Uzyskano opinię Zarządu Województwa w postaci:

Uchwały nr 2760/14 z dnia 04.06.2014 r. w sprawie: Wyrażenia stanowiska w przedmiocie ograniczenia działalności leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze poprzez likwidację Oddziału III Rehabilitacji Pulmonologicznej.



Uchwały nr 2761/14 z dnia 04.06.2014 r. w sprawie: Wyrażenia stanowiska w przedmiocie ograniczenia działalności leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze poprzez likwidację Pracowni Cytologii Plwociny.

3. Brak w regulaminie zadań niektórych komórek działalności podstawowej oraz brak wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, za przechowywanie zwłok na okres dłuższy niż 72 godz. oraz za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

W dniu 10.07.2014 r. uzyskano pozytywną opinię Rady Społecznej w zakresie zmian w Regulaminie Organizacyjnym. Dnia 14.07.2014 r. na mocy Zarządzenia nr 31/2014 wprowadzono tekst jednolity Regulaminu, w którym zostały określone zadania komórek działalności podstawowej znajdujące się w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej ujęte w wystąpieniu pokontrolnym, natomiast wysokość opłat za w/w usługi zawarto w Załączniku nr 5 do Regulaminu.

4. Brak w Schemacie Organizacyjnym oraz Regulaminie Organizacyjnym komórek zarejestrowanych w Księdze Rejestrowej.

Wprowadzono zmiany w Regulaminie Organizacyjnym i Schemacie Organizacyjnym. Uwzględniono Pracownię EKG znajdującą się w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 72, natomiast gabinety diagnostyczno-zabiegowe w Schemacie Organizacyjnym zostały wyodrębnione w formie odrębnej komórki organizacyjnej pod nazwą „Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe”, natomiast Regulamin Organizacyjny został uzupełniony o zadania tych komórek.

5. Niezgodność związana z funkcjonowaniem Poradni Chirurgicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym i Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej zgodnie z Księgą Rejestrową.

W Schemacie Organizacyjnym doprecyzowano lokalizację Poradni Chirurgicznej ze wskazaniem miejsca, gdzie faktycznie funkcjonuje tj. w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej przy ul. Jagiellońskiej 72.

Poradnia Chirurgiczna w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym widniejąca w Księdze Rejestrowej aktualnie nie funkcjonuje, co jest wynikiem nie uzyskania kontraktu na świadczenia z tego zakresu. Na posiedzenie Rady Społecznej przygotowano Uchwałę





likwidującą Poradnię Chirurgiczną w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Czerwonej Górze. Uzyskano negatywną opinię, ponieważ zdaniem Członków Rady Społecznej Szpital deklaruje chęć przystąpienia do konkursu ofert w zakresie ambulatoryjnej opieki chirurgicznej a warunkiem przystąpienia do konkursu jest posiadanie zarejestrowanej Poradni. W związku z tym, iż Narodowy Fundusz Zdrowia ogłasza konkursy w październiku w opinii Członków Rady Społecznej nie ma potrzeby likwidacji komórki w lipcu aby we wrześniu rejestrować ją ponownie.

6. Umiejscowienie Działów Diagnostyki Obrazowej, Działu Endoskopii i Działu Diagnostyki Laboratoryjnej w III części Księgi Rejestrowej, co spowodowało niezgodność struktury organizacyjnej Zakładu określonej w Regulaminie Organizacyjnym oraz Schemacie Organizacyjnym.

Jesteśmy w trakcie uzyskiwania opinii prawnej nt trybu i sposobu przeniesienia zapisów dotyczących Działów Diagnostyki Obrazowej, Działu Endoskopii i Działu Diagnostyki Laboratoryjnej z części III Księgi Rejestrowej dotyczącej Komórek Organizacyjnych do części II dotyczącej Jednostek Organizacyjnych

7. Działający w Szpitalu Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów nie w pełni realizował zapisy Ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie częstotliwości dokonywania okresowych ocen list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Zmieniono skład osobowy oraz tryb pracy Zespołu powołanego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dostosowując jego działalność do wyżej wymienionej Ustawy.

Zapewniamy, iż dołożymy wszelkich starań, aby niezgodności stwierdzone podczas kontroli w przyszłości nie występowały.

Z poważaniem

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Administracyjno-Organizacyjnych  
*Marzanna Beltowska-Gotuch*