

DOZ.III.1711.9.1.2018

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

sporządzone na podstawie § 25 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r.
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

*Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę*

Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego – pracownicy Wieloosobowego Stanowiska ds. Kontroli

*Przeprowadzający
kontrolę*

1. Ewa Murzec – główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.11.2018 z dnia 06.03.2018r.
2. Magdalena Tomska – inspektor, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.12.2018 z dnia 06.03.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-2 .Upoważnienia do kontroli)

Przed rozpoczęciem 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 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015r., poz. 1331)

(Dowód: akta kontroli str. 3-4 Oświadczenia kontrolujących z dnia 06.03.2018r. o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli))

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod poz. 27

*Data
rozpoczęcia
i zakończenia
czynności
kontrolnych*

Od 20.03 do 29.03.2018r.

*Zakres
kontroli*

Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2017.

*Jednostka
kontrolowana*

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

*Kierownictwo
jednostki
kontrolowanej*

Pan Youssef Sleiman – Dyrektor
Pani Marzanna Beltowska-Gołuch – Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych

Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Ocena działalności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej, tj. *celowości, gospodarności i rzetelności*.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen¹, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność jednostki kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono **pozytywnie z nieprawidłowościami i uchybieniami**.

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

Opis ustalonego stanu faktycznego

W ramach kontroli sprawdzono działalność podmiotu leczniczego w poniższych sekcjach tematycznych:

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

Stan faktyczny poszczególnych zagadnień kontroli przedstawiony został w kolejności wyszczególnionej w *Programie kontroli* zatwierdzonym przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w dniu 06.03.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 5-8 Program kontroli)

1. Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym

Opis stanu
faktycznego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, w okresie objętym kontrolą, działał w oparciu o *Statut* stanowiący załącznik do uchwały Nr XXI/366/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 czerwca 2012r. (z póź.zm.)

¹ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna

Przepis art. 35 ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw², nałożył na kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmioty tworzące obowiązek dostosowania w terminie do 31.12.2017r. m.in. statutów do przepisów ustawy zmienionej w art. 1, w brzmieniu nadanym ww. ustawą. W związku z powyższym, Sejmik Województwa Świętokrzyskiego podjął uchwałę Nr XXXVIII/546/17 z dnia 20.11.2017r. w sprawie nadania *Statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. św. Rafała w Czerwonej Górze*. Dokument ten został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017r. pod pozycją 3543 i wszedł w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia tj. 13.12.2017r.

Mając na uwadze uregulowania wynikające z ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym³, które w art. 22 obligują *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej do zgłaszania do rejestru dotyczące go informacje oraz zmiany tych informacji nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu*, ustalono, że zmiana *Statut* została zgłoszona do Krajowego Rejestru Sądowego w dniu 23.02.2018r.tj. po upływie ustawowego terminu.

(Dowód: akta kontroli str.9-14 Wniosek KRS-Z22)

Dyrektor Szpitala w tym zakresie złożył wyjaśnienia informując, że *Opóźnienie faktu złożenia do KRS wniosku o wpis informacji dotyczącej nadania Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze miało związek z procedowaniem zmian składu osobowego Rady Społecznej (w dniu 14.02.2018r. Zarząd Województwa rozpatrzył wniosek Szpitala z dnia 08.12.2017r. znak DA-21/2017 podejmując stosowną uchwałę Nr 3540/18). Biorąc pod uwagę koszty ponoszone każdorazowo za złożenie wniosku o zmianę wpisu do KRS-u, Szpital podjął decyzję, że przedmiotowy wniosek zostanie złożony po podjęciu decyzji przez Zarząd Województwa w sprawie powołania Rady Społecznej i dlatego dokonał tej czynności w dniu 23.02.2018r.*

(Dowód: akta kontroli str. 15 - Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Według informacji Specjalisty ds. planowania i organizacji – Elwiry N. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, do dnia 22.03.2018r. obowiązywał Regulamin Organizacyjny Szpitala 18.12.2012r. pozytywnie zaopiniowany

² Ustawa z dn. 10.06.2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016 poz. 960)

³ Ustawa z dn.20.08.1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U.2017.700 t.j., z późn. zm.)

przez Radę Społeczną w uchwale nr 21/2012. Do dokumentu wielokrotnie wprowadzono zmiany, również w okresie objętym kontrolą – *Regulamin Szpitala 6* – krotnie był modyfikowany. Każdorazowo, po wyrażeniu przez Radę Społeczną Szpitala, pozytywnych opinii w uchwałach nr 4/2016 z dnia 14.04.2016r., nr 10/2016 z dnia 11.10.2016r., nr 13/2016 z dnia 20.12.2016r., nr 3/2017 z dnia 23.02.2017r., nr 8/2017 z dnia 20.04.2017r., 11/2017 z dnia 18.08.2017r. – Dyrektor Szpitala Zarządzeniami wewnętrznymi nr 15/2016 z dnia 15.04.2016r., nr 31/2016 z dnia 12.10.2016r., nr 45/2016 z dnia 21.12.2016r., nr 5/2017 z dnia 24.02.2017r., nr 12/2017 z dnia 21.04.2017r., nr 21/2017 z dnia 21.08.2017r. wprowadzał zmiany tekstu jednolitego *Regulaminu organizacyjnego* z dnia 18.12.2012r.

(Dowód: akta kontroli str.16-20 Zestawienie Specjalisty ds. planowania i organizacji)

Odnosząc się do przepisu art. 35 ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, który nakładał na kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosowanie w terminie do 31.12.2017r. m.in. regulaminów organizacyjnych do przepisów zmienianej ustawy ustalono, że Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wszedł w życie w dniu 22.03.2018r., po wyrażeniu przez Radę Społeczną Szpitala pozytywnej opinii w uchwale nr 14/2018 z dnia 20.03.2018r. i wydaniu przez Dyrektora Szpitala Zarządzenia nr 11/2018 z dnia 22.03.2018r. W tym obszarze wyjaśnień udzielił Dyrektor Szpitala w brzmieniu: *Mając na uwadze art. 35 ustawy z dnia 10 czerwca 2016r., który stanowi, że do dnia 31 grudnia 2017r. Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosują m.in. regulaminy organizacyjne do przepisów ustawy zmienionej nowelą z dnia 10 czerwca 2016r. (Dz. U. z 2016r., poz. 960) wyjaśniam, że zmiany do Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze zostały naniesione w wyznaczonym terminie. Ze względu na trwające czynności związane ze zmianą składu Rady Społecznej (Uchwała Zarządu Województwa nr 3540/2018 z dnia 14.02.2018r.) niemożliwym było zaopiniowanie nowego Regulaminu. Czynność ta nastąpiła niezwłocznie po zwołaniu posiedzenia Rady Społecznej w nowym składzie osobowym w dniu 20.03.2018r.*

(Dowód: akta kontroli str.21 Wyjaśnienie Dyrektora Szpitala)

Analiza dokumentu pozwoliła na stwierdzenie, że *Regulamin Organizacyjny Szpitala* z dnia 22.03.2018r. zawierał wszystkie elementy wymagane przez art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej⁴ (zwana dalej u.d.l.)

Badanie zagadnienia pn *Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym* pozwoliło na ustalenie, że komórki organizacyjne Szpitala ujęte szczegółowo w schemacie organizacyjnym *Regulaminu* z 22.03.2018r. są zgodne z komórkami organizacyjnymi wskazanymi w Księdze rejestrowej nr 0000009315 (stan na 22.03.2018r.) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego poza *Działem Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania*, figurującym w schemacie.

Na tą okoliczność Dyrektor Szpitala złożył wyjaśnienie, informując, że *brak wpisu komórki do rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wynika z ludzkiego błędu, przeoczenia. Szpital zobowiązuje się do uzupełnienia braków w możliwie najszybszym czasie.*

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

Na podstawie *Zestawienia* sporządzonego przez Specjalistę ds. planowania i organizacji – Elwirę N. ustalono, że w okresie objętym kontrolą z dniem 01.10.2017r. działalność rozpoczęło Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej o czym świadczy również wpis do księgi rejestrowej – Lp. 93.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 16-20)

W związku z powyższym, mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 1), lit. b) u.d.l.⁵, który stanowi, że *Do zadań rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności oraz § 13 pkt 1) lit. b) Statutu* przedstawiono kontrolującą uchwałę Nr 3003/17 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.09.2017r. w sprawie *wyrażenia stanowiska w przedmiocie rozszerzenia działalności leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze poprzez utworzenie Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej* poprzedzoną uchwałą nr 10/2017 Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze z dnia 18.08.2017r. Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie,

⁴ Ustawa z dn. 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz.160 ze zm.)

⁵ Dz.U. 2016 poz.1638 t.j. ze zm.

że ww komórka organizacyjna zaprzestała swoją działalność w dniu 31.10.2017r. – lp. 93 Księgi rejestrowej, podczas gdy opinia w tej sprawie została wyrażona przez Radę Społeczną Szpitala w dniu 20.03.2018r. (uchwała nr 3/2018). Ponadto, przedstawiono kontrolującym pismo datowane na 20.03.2018r., znak: L.dz. AO-190/2018 skierowane przez Dyrektora Szpitala do Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego z prośbą o podjęcie przez Zarząd Województwa uchwały w sprawie wyrażania stanowiska m.in. w przedmiocie *Ograniczenia działalności leczniczej poprzez likwidację Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*.

W tej sprawie Dyrektor Szpitala złożył wyjaśnienie informując, że *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze przystąpił do konkursu ogłoszonego przez NFZ na świadczenia medyczne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jednym z kryteriów jakie Szpital musiał spełniać była rejestracja komórki organizacyjnej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Po uzyskaniu stosownych opinii, Szpital złożył wniosek o wpis komórki do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – rozpoczęcie działalności 01.10.2017r. Po rozstrzygnięciu konkursu Szpital otrzymał informacje, że nie uzyska kontraktu na w/w świadczenia i przez 5 lat nie będzie ogłaszany nowy konkurs na tego rodzaju świadczenia. W związku z powyższym Szpital zobowiązany był do zamknięcia niefunkcjonującej komórki organizacyjnej Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej Szpital musiał w ciągu 14 dni zgłosić fakt zaprzestania funkcjonowania ambulatorium do organu prowadzącego Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Złożono wniosek o wpis zmian do rejestru i z dniem 31.10.2017r. komórka Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zakończyła działalność. W listopadzie 2017r. nie odbyło się posiedzenie Rady społecznej. W związku z procedowaniem zmian składu osobowego Rady Społecznej Szpital nie miał możliwości zwrócenia się do Rady Społecznej o opinię w sprawie likwidacji niefunkcjonującej komórki, a tym samym nie mógł skierować wniosku do Zarządu Województwa (...). Pierwsze posiedzenie Rad w nowym składzie, na którym Szpital mógł zwrócić się z wnioskiem o zamknięcie Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej odbyło się 20.03.2018r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Uchwałą nr 3/2018 z dnia 20.03.2018r. (...) Uchwałę przekazano Zarządowi Województwa.*

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

Ocena częściowa kontrolowanej działalności

Ocena częściowa

Działalność Szpitala, w badanym obszarze, oceniona została **pozytywnie z uchybieniem**.

Uzasadnienie
oceny częściowej
i wskazanie
imienia i nazwiska
osoby
odpowiedzialnej
za powstanie
stwierzonego
uchybiecia

Brak komórki organizacyjnej pn *Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania* w Księdze Rejestrowej zostało ocenione jako uchybienie, za które odpowiedzialna jest Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych – Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch.

2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano: liczbę udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług, sposób i kryteria ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenie lub usługi opieki zdrowotnej, sprawdzenie zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych po konkursie przeprowadzonym według procedur określonych w przepisach, udzielania zamówień na świadczenie zdrowotne i zawarcie umów, tryb postępowania ze skargami i wnioskami wnoszonymi przez pacjentów na działalność jednostki, proces ankietyzacji satysfakcji pacjenta, system zarządzania w tym posiadane certyfikaty/akredytacje, wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Poniżej szczegółowo przedstawiono ustalenia kontroli według wyżej wymienionych zagadnień.

Liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług. Analiza trendu (porównawczo rok 2017 do roku 2016)

Opis stanu
faktycznego

Według informacji z Zestawienia przygotowanego przez koordynatora Sekcji Rozliczeń z NFZ – Rafała B., Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – Oddział w Kielcach, w okresie objętym kontrolą, kontrakt o łącznej wartości 125.593.941,22 zł. (59.429.599,71 zł. na rok 2016 i 66.164.341,51 zł. na rok 2017). Przedmiotem umów były świadczenia zdrowotne realizowane w ramach oddziałów szpitalnych (w zakresie

m.in. chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, alergologii, chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w zakresie m.in. alergologii, gruźlicy i chorób płuc, leczenia bólu, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu), rehabilitacji (w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej), świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (w zakresie tlenoterapii domowej), świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (w zakresie długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie).

Ustalono, że w związku z realizacją świadczeń wykonanych ponad limit, Jednostka podpisała z NFZ – Oddział w Kielcach ugody w 2016r. o wartość 4.344.632,90 zł., w 2017r. w kwocie 2.211.077,68 zł. W efekcie Szpital, w kontrolowanym okresie realizował kontrakt o łącznej wartości 132.149.651,80 zł. zaś wykonanie osiągnęło poziom 132.696.899,50 zł., co stanowiło 100,41 % wartości podpisanych umów i ugod.

(Dowód: akta kontroli str. 24-33 Zestawienie umów zawartych z NFZ sporządzone przez Koordynatora Sekcji Rozliczeń z NFZ)

Zgodnie z § 5 ust. 1 Statutu z dnia 20.11.2017r., § 5 ust.1 Regulaminu organizacyjnego z dnia 20.03.2018r. oraz informacją zawartą w księdze Rejestrowej, Szpital prowadził, w kontrolowanym okresie działalność leczniczą rodzaju: *stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne*. Świadczenia te, stosownie do § 5 ust. 3 Statutu udzielane były w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Czerwonej Górze przy ul. Czerwona Góra 10 oraz w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 72. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze określony został w: Regulaminie Organizacyjnym oraz w Kartach Procesu: KP-08 wyd.3 *Przyjęcie pacjenta w Izbie Przyjęć* (z dn.11.04.2016r.), KP-09 wyd.2 *Usługi diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjne w oddziałach Szpitala* (z dn. 07.10.2010r.), KP-11 wyd.5 *Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego* (z dn. 26.09.2016r.), KP-11 wyd.3 *Usługi fizjoterapeutyczne* (z dn. 15.02.2016r.), KP-13 wyd.2 *Usługi ambulatoryjne* (z dn. 21.03.2016r.). Karty procesów zostały wprowadzone do stosowania przez Dyrektora Szpitala. Według ww. uregulowań decyzję o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się podejmuje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, po przeprowadzeniu badania i uzyskaniu zgody na hospitalizację tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego

chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.

Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są świadczeniobiorcom na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie, w godzinach podanych do informacji w rejestracji.

Szpital umożliwia rejestrację pacjentów, w dniu ich zgłoszenia, którą zajmują się sekretarki medyczne w danych komórkach organizacyjnych, którym obowiązek ten wpisano do zakresu czynności.

Świadczenia zdrowotne w Zakładzie udzielane są bez skierowania, w trybie nagłym w przypadkach: wypadków, zatrucia, urazów, stanów zagrożenia życia.

W *Regulaminie* Szpitala określone zostały także zasady postępowania w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala według których *pacjent rejestrowany jest w Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć, przyczynę odmowy i/lub zakres porady lekarz dyżurny Izby Przyjęć odnotowuje w Karcie informacyjnej pobytu.*

Na podstawie zestawienia sporządzonego Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum – Jolantę B. ustalono, że: w okresie objętym kontrolą w Szpitalu leczono łącznie 97669 osób, w tym na oddziałach Szpitala 35421 oraz poradniach/działach 62248. W 2017r. wystąpił wzrost liczby leczonych na oddziałach w stosunku do 2016r. o 265 osób, tj. 1,51% (w 2016r. – 17578, w 2017r. – 17843). Z kolei liczba udzielonych porad zmalała o 738, czyli o 2,34% (w 2016r. – 31493, w 2017r. – 30755).

Wg ww. informacji na dzień 31.12.2017r. Szpital dysponował 363 łózkami tj. mniej o 1 łóżko w stosunku do stanu z dnia 31.12.2016r. Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum – Jolanta B. wyjaśniła, że przyczyną zmniejszenia ilości łóżek była konieczność utworzenia na Oddziale izolatki z jednym łóżkiem, a to spowodowało likwidację sali z dwoma łózkami.

(Dowód: akta kontroli str.34-35 Zestawienie Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum oraz Wyjaśnienie)

Szczegółowej analizie poddano wykonanie usług medycznych w okresie 2016-2017 w oddziałach działających w systemie całodobowym oraz w wybranych trzech poradniach, funkcjonujących w określonych godzinach pracy. W oparciu o zestawienia sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum – Jolantę B., zapisy w Księdze Rejestrowej oraz stroną internetową Szpitala ustalono, że:

- 1. Oddział I Pulmonologii** rozpoczął swoją działalność w dniu 18.04.2007r. kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej: 4272 – Oddział Chorób Płuc. **Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem m.in.** chorób nowotworowych układu oddechowego; zapalenia płuc i oskrzeli, zatorowości płucnej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), astmy oskrzelowej. Oddział liczy 60 łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. osiągnął poziom 90,70%, co w porównaniu do 2016r. stanowiło wzrost o 2,20%. W poddanym kontroli okresie leczono 5383 osoby, co stanowiło 15,20% leczonych na wszystkich oddziałach podmiotu leczniczego. W 2017r. nastąpił wzrost liczby leczonych o 223 osoby (2803) w stosunku 2016r. (2580 osób).
- 2. II Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc** rozpoczął działalność w dniu 01.09.1975r., z kodem resortowym: 4270. Na oddział przyjmowani są pacjenci m.in. z chorobami infekcyjno-bakteryjnymi, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, nowotworami układu oddechowego, sarkoidozą, gruźlicą. Komórka dysponowała 56 łózkami. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. oscylował na poziomie 99,60%, tj. 1,5% większym niż w roku poprzednim. W badanym czasookresie leczono 4120 osób, co stanowiło 11,63% leczonych w oddziałach Szpitala. W 2017r. obserwuje się zwiększenie liczby leczonych pacjentów o 172 osób w porównaniu do 2016r. (w 2017r. – 2146 osób, w 2016r. – 1974 osób).
- 3. Oddział IV Pulmonologiczno-Alergologiczny** funkcjonuje od 01.09.1975r. Kod identyfikacyjny: 4272 – Oddział Chorób Płuc. Na oddział przyjmowani są chorzy ze schorzeniami m.in. alergologicznymi, atopowym zapaleniem skóry, nieżytem nosa i spojówek, nowotworami układu oddechowego. Komórka liczy 37 łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. w stosunku do 2016r. wzrósł o 2,20% i osiągnął poziom 81,70%. Na oddziale leczono 5220 osób, co stanowiło 14,74% leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. W 2017r. zaobserwowano trend spadkowy liczby leczonych o 112 osób w stosunku do roku ubiegłego (w 2017r. – 2554 pacjentów, w 2016 – 2666 pacjentów).

- 4. Oddział V Chorób Wewnętrznych i Kardiologii** – kod resortowy: 4000. Oddział chorób wewnętrznych, funkcjonuje w Szpitalu od dnia 01.01.2011r. W jednostce świadczone są usługi w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji dotyczących schorzeń m.in. układów: krążenia, oddechowego, pokarmowego, cukrzycy i chorób endokrynologicznych. Oddział posiada 35⁶ łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. osiągnął poziom 77,70%, tj. 1,20 % mniejszy niż w roku poprzednim. Na oddziale leczono 3312 osób, co stanowiło 9,35 % leczonych na oddziałach szpitalnych. W 2017r. leczono o 156 osób mniej niż 2016r. (w 2017r. – 1578 osób, w 2016r. – 1734 osób).
- 5. Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej** wpisany z kodem: 4500. Oddział chirurgiczny ogólny, rozpoczął działalność w dniu 01.09.1975r. Działalność jednostki związana jest z chirurgią: przewodu pokarmowego, urazową, naczyniową i onkologiczną. Oddział dysponuje 52 łózkami rzeczywistymi, zaś ich wykorzystanie, w okresie objętym kontrolą, kształtowało się na jednakowym poziomie 49%. W badanym okresie leczono 5794 pacjentów, co stanowiło 16,36% ogólnej liczby leczonych w zakresie szpitalnym. W 2017r. obserwuje się zwiększenie liczby leczonych pacjentów o 194 w porównaniu do 2016r. (w 2017r. – 2994 pacjentów, w 2016r. – 2800 pacjentów).
- 6. Oddział VII Urologiczny** – funkcjonuje od 01.09.1975r., kod resortowy: 4640 – Oddział Urologiczny. Na oddziale wykonywane są m.in. zabiegi: z zakresu dziedziny endourologii, rekonstrukcyjne i laparoskopowe oraz otwarte zabiegi z dziedziny urologii onkologicznej. W badanym czasie oddział dysponował 40 łózkami. W 2017r. zaobserwowano 77,70% wykorzystanie łóżek, co stanowiło wzrost o 3,40% w stosunku do roku ubiegłego. Na oddziale leczono 5196 pacjentów, tj. 14,67% leczonych na oddziałach szpitalnych. W 2017r. leczono o 22 osoby mniej niż w 2016r. (w 2017– 2587 osób, w 2016r. – 2609 osób).
- 7. Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej** – rozpoczął działalność w dniu 01.09.1975r. pod nr kodu resortowego: 4520 – Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej. Profil świadczonych usług obejmuje m.in.: pełen zakres diagnostyki inwazyjnej chorób układu oddechowego i górnego odcinka przewodu pokarmowego, leczenie chirurgiczne chorób w obrębie klatki piersiowej, a w szczególności chorób onkologicznych układu oddechowego i górnego odcinka przewodu pokarmowego. Oddział dysponuje 417

⁶ W tym 6 łóżek intensywnej opieki medycznej

⁷ w tym 5 łózkami intensywnej opieki medycznej

łózkami. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. osiągnął poziom 91,60%, co w porównaniu do 2016r. stanowiło spadek o 0,20%. W poddanym kontroli okresie leczono 3720 osób, co stanowiło 10,50 % leczonych na wszystkich oddziałach podmiotu leczniczego. W 2017r. nastąpił spadek liczby leczonych o 46 osób (1837), w stosunku do 2016r. (1883).

8. **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** – kod resortowy 4260, oddział funkcjonuje w Szpitalu od dnia 03.11.2006r. Działalność komórki obejmuje m.in. opiekę i terapię pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia, znieczulenie pacjentów poddawanych operacjom, badaniom diagnostycznym. Oddział posiada 7 łózkową bazą. W 2017r. wskaźnik obłożenia łóżek osiągnął poziom 83,60%, co w porównaniu do 2016r. stanowiło wzrost o 23,60%. Na oddziale leczono 323 osoby, co stanowiło 0,91% leczonych w zakresie szpitalnym. W 2017r. zaobserwowano trend spadkowy liczby leczonych, spadek o 5 osób w stosunku do roku ubiegłego (2017r. – 159 pacjentów, w 2016r. – 164 pacjentów).
9. Na podstawie, wydruku z *kolejek* ustalono, że pacjenci do w ww. oddziałów przyjmowani byli na bieżąco. Kolejki oczekujących występowały jedynie w **Oddziale IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** (kod resortowy 4580) gdzie wykonywane są zabiegi z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, m.in. endoprotezoplastyki stawów biodrowych, kolanowych, operacje artroskopowe. W badanym czasie oddział dysponował 35 łózkami. W 2017r. wskaźnik obłożenia łóżek osiągnął poziom 34,60%, co stanowiło wzrost o 3% w stosunku do roku ubiegłego. Na oddziale leczono 2353 pacjentów⁸ (w tym 293 przypadki pilne oraz 541 przypadki stabilne), co stanowiło 6,64 % leczonych na oddziałach. W 2017r. nastąpił wzrost liczby leczonych o 17 pacjentów (1185 osób) w stosunku do 2016r. (1168 osób).
10. **Poradnia Alergologiczna** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1010. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.09.1975r. i zapewnia ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenia zdrowotne m.in. w zakresie diagnozowania i leczenia schorzeń układu oddechowego, wykonywanie testów alergologicznych. W okresie objętym kontrolą udzielono 15328 porad (w tym 260 przypadki stabilne; nie odnotowano przypadków pilnych), co stanowiło 24,54 % wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki

⁸ w tym: w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego - 359 osób (2016r.-167, 2017r. -192), stawu biodrowego - 507 osób (w 2016r. – 208, w tym: 28 osób przyjętych w trybie nagłym tj. pacjenci nie wpisani do kolejki oczekujących, w 2017r.- 299, w tym: 26 osoby przyjęte w trybie nagłym tj. pacjenci nie wpisani do kolejki oczekujących).

specjalistycznej. W 2017r. udzielono o 392 porady mniej niż w 2016r. (w 2017r. – 7468, w 2016r – 7860). Zgodnie z informacjami umieszczonymi na Portalu Potencjału NFZ, ustalono, że w 2016r. świadczenia zdrowotne udzielane były 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku, a 2017roku 4 razy w tygodniu⁹, w godzinach:

- poniedziałek od 8:00 do 14:30 (2017r.), od 8:00 do 14:00 (2016r.),
- wtorek od 8:15 do 18:30 (2017r.), od 12:00 do 18:15 (2016r.),
- środa od 8:00 do 14:30, 15:00 do 18:00 (2017r.), od 9:00 do 18:00 (2016r.),
- czwartek od 8:00 do 17:45 (2017r.), od 8:00 do 17:45 (2016r.),
- piątek - nieczynna (2017r.), od 8:00 do 16:00. (2016r.).

11. Poradnia Chirurgiczna – rozpoczęła działalność w dniu 01.09.1975r., pod nr kodu: 1500. W ww. komórce kontynuowane jest leczenie szpitalne oraz udzielane są świadczenia nowym pacjentom. W badanym czasie, w Poradni Chirurgicznej, udzielono 6054 porady (w tym 42 przypadki stabilne; nie odnotowano przypadków pilnych), co stanowiło 9,69 % wszystkich udzielonych usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W 2017r. zrealizowano 2969 porad, czyli o 116 mniej w porównaniu do danych z 2016r. (3085). Dostęp do świadczeń zdrowotnych były 3 dni w tygodniu: poniedziałek, środę piątek¹⁰, w godzinach: poniedziałek od 8:00 do 12:00, środa od 13:00 do 18:00 (2017r.); 14:00 do 18:00 (2016r.), piątek od 8:00 do 12:00.

12. Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1270. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.09.1975r. W okresie objętym kontrolą udzielono 16421 porady (w tym: 52 przypadki pilne oraz 446 stabilne), co stanowiło 26,29% wszystkich wykonanych przez Szpital porad. W 2017r. zrealizowano 8092 porady, tj. o 237 mniej w stosunku do 2016r. (8329). Świadczenia zdrowotne udzielane były 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku¹¹, w godzinach: poniedziałek, środa, czwartek, piątek od 7:20 do 14:20 (2017r.), od 8:00 do 14:00 (2016r.), wtorek od 7:20 do 17:45 (2017r.), od 8:00 do 18:00 (2016r.).

(Dowód: akta kontroli str. 36-42 Zestawienia Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum i Koordynatora Sekcji Rozliczeń z NFZ)

⁹ w 2016r-2017r. - przez 5 lekarzy specjalistów alergologów,

¹⁰w 2016r. -2017r. - przez 4 lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej,

¹¹ w 2016r.-2017r. - przez 5 lekarzy specjalistów chorób płuc,

Kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej – Joanna Sz.-R. poinformowała, że podmiot leczniczy w latach 2016-2017 zrealizował 72545 badań i 5823 ekspozycji, w Dziale Diagnostyki Obrazowej Szpitala oraz Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej przy ul. Jagiellońskiej 72 w Kielcach.

W roku 2016 **w Dziale Diagnostyki Obrazowej:** w Pracowni Tomografii Komputerowej – 6184, w Pracowni RTG – 18035, w Pracowni USG – 8909, **w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej** w Pracowni RTG 1955 badań i 2350 ekspozycji.

W roku 2017 **w Dziale Diagnostyki Obrazowej:** w Pracowni Tomografii Komputerowej – 6963, w Pracowni RTG – 18620, w Pracowni USG – 9112, **w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej** w Pracowni RTG 2767 badań i 3473 ekspozycji .

(Dowód: akta kontroli str.43 Zestawienie Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej)

Ponadto, na podstawie przedłożonego do kontroli *zestawienia odmów przyjęcia pacjenta* ustalono, że w badanym okresie w 9604-ch przypadkach, odmówiono przyjęcia pacjentów na Izbie Przyjęć (w 2016r. – 4737, w 2017r. – 4867). Przyczynami odmów były brak: wolnych łóżek (37przypadków), wskazań do hospitalizacji (9129 przypadków), możliwości leczenia w szpitalu (6 przypadków), skierowanie do innego Szpitala (432 przypadków).

(Dowód: akta kontroli str. 44 Zestawienie Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum)

Sposób i kryteria ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia lub usługi opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

W trakcie kontroli szczegółowej analizie poddano kolejki oczekujących na przyjęcie do wybranych komórek organizacyjnych – w miesiącach grudzień 2016r. i 2017r., czyli tych w których pacjenci oczekiwali na przyjęcie.

Według zestawień sporządzonych przez Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum – Jolanty B., potwierdzonych wydrukami z systemu komputerowego, na dzień 31.12.2016r. odnotowano kolejki:

1. na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu: 110 przypadki stabilne i 19 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił

odpowiednio 99 dni dla przypadków stabilnych i 37 dla przypadków pilnych. Ustalono, że na świadczenia w zakresie:

- endoprotezoplastyki stawu biodrowego odnotowano 135 przypadki stabilne i 1 pilny; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 122 dni dla przypadków stabilnych i 74 dla przypadku pilnego;
 - endoprotezoplastyki stawu kolanowego odnotowano 99 przypadki stabilne i 1 przypadek pilny. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 138 dni dla przypadków stabilnych i 4 dla przypadku pilnego;
2. w Dziale Diagnostyki Obrazowej na świadczenia tomografii komputerowej: 16 przypadki stabilne i 0 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 33 dni dla przypadków stabilnych i 0 dla przypadków pilnych;
 3. w Poradni Alergologicznej na przyjęcie oczekiwało 30 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 67 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 4. w Poradni Chirurgicznej w kolejce oczekiwał 1 pacjent, skategoryzowany jako stabilny (z czasem oczekiwania 0 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 5. w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy – w kolejce oczekiwało 34 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni (z czasem oczekiwania 48 dni), oraz 7 pilnych (czas oczekiwania 5 dni);
 6. w Poradni Ortopedycznej na przyjęcie oczekiwało 9 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 6 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 7. w Dziale Rehabilitacji Medycznej na przyjęcie oczekiwało 135 pacjentów stabilnych (czas oczekiwania 107 dni) oraz 28 pilnych (czas oczekiwania 0 dni).

Z kolei w grudniu 2017r.:

1. na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu: 112 przypadki stabilne i 19 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 107 dni dla przypadków stabilnych i 39 dla przypadków pilnych. Ustalono, że w zakresie:
 - endoprotezoplastyki stawu biodrowego odnotowano 120 przypadki stabilne i 2 pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 207 dni dla przypadków stabilnych i 35 dla przypadków pilnych;

- endoprotezoplastyki stawu kolanowego odnotowano 132 przypadki stabilne i 3 pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 287 dni dla przypadków stabilnych i 55 dla pilnych;
2. w Dziale Diagnostyki Obrazowej na świadczenia tomografii komputerowej odnotowano 6 przypadki stabilne i 0 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 22 dni dla przypadków stabilnych i 0 dla przypadków pilnych;
 3. w Poradni Alergologicznej na przyjęcie oczekiwało 18 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 85 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 4. w Poradni Chirurgicznej w kolejce oczekiwało 14 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni (z czasem oczekiwania 24 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 5. w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy w kolejce oczekiwało 59 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni (z czasem oczekiwania 64 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 6. w Poradni Leczenia Bólu na przyjęcie oczekiwało 5 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 51 dni);
 7. w Poradni Ortopedycznej na przyjęcie oczekiwało 4 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 41 dni), nie odnotowano przypadków pilnych;
 8. w Dziale Rehabilitacji Medycznej na przyjęcie oczekiwało 176 pacjentów stabilnych (czas oczekiwania 133 dni) oraz 26 pilnych (czas oczekiwania 107dni).

(Dowód: akta kontroli str.45-50 zestawienia sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum, wydruk kolejek oczekujących)

Na pytanie Kontrolujących co było przyczyną istniejących kolejek oczekujących ww. komórkach organizacyjnych, Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum – Jolanta B. wyjaśniła, że *na okoliczności czasu oczekiwania na przyjęcie pacjenta przez daną komórkę organizacyjną, wpływają różne aspekty: - zbyt niski kontrakt ze Świętokrzyskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, - duża liczba osób (nawet spoza naszego regionu) zgłaszająca się do naszego szpitala i poradni specjalistycznych. Lekarze pracujący w szpitalu z uwagi na prace na oddziale (czasochłonne zabiegi operacyjne) nie są w stanie przyjąć w krótkim czasie wielu oczekujących, - ograniczenia personalne oraz ilość i dostępność do sal operacyjnych.*

(Dowód: akta kontroli str.51 -52 wyjaśnienie Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum)

Mając na uwadze przepisy prawne określone w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹² (zwana dalej u.ś.o.z.) oraz rozporządzeń 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 zdrowotnej¹³ i 9 listopada 2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴, kontrolujący przystąpili do analizy list oczekujących. W tym zakresie ustalono, że w podmiocie leczniczym listy prowadzone są w formie elektronicznej w ramach systemu informatycznego Info-Medica oraz aplikacji Ap-Kolce (w odniesieniu do świadczeń specjalistycznych z zakresu ortopedii-endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego). Miejscem przechowywania list jest serwer Szpitala. Szczegółowym oględzinom poddano 533 wpisy na listy oczekujących na świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki biodrowego za 2016r. i 2017r. W wyniku dokonanej analizy ustalono, że na: 533 osoby zapisane na zabieg w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego: 453 pacjentom wykonano świadczenie (co stanowiło 85% ogólnej liczby zapisanych), 47 nie zgłosiło się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia (co stanowiło 8,82% zapisanych), 15 osób powiadomiło szpital o rezygnacji (co stanowiło 2,81% zapisanych), 14 nie kwalifikowało się ze względów medycznych (tj. 2,63% zapisanych), 2 pacjentów zmarło (tj. 0,37% ogólnej liczby), 2 wpisano na listę omyłkowo (tj. 0,37% zapisanych).

Weryfikacja list oczekujących na świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki stawu biodrowego wykazała, że sposób ich prowadzenia uwzględniał przepisy art. 20 ust. 2 u.ś.o.z.. Świadczeniodawca każdorazowo kwalifikował świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: przypadek pilny, przypadek stabilny. Listy zawierały numer kolejny na liście oczekujących, datę i godzinę wpisu, dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniodawcy, informacje kontaktowe, dane dotyczące planowanego terminu świadczenia, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

¹² ustawa z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

¹³ Rozporządzenie MZ z dn. 26.09.2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2005, Nr 200, poz. 1661)

¹⁴ Rozporządzenie MZ z dn. 9.11.2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2015, poz. 1948)

Ponadto, na podstawie złożonej informacji ustalono, że Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47 c. u.ś.o.z.

(Dowód: akta kontroli str.53 Informacja Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum)

Stosownie do art. 23 u.ś.o.z., § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanymi do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁵, Zakład był zobowiązany do przekazywania co miesiąc do NFZ informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującej: liczbę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym.

Mając powyższe na względzie Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum Jolanta B., oświadczyła, że *świadczeniodawca przekazuje informację o pierwszych wolnych terminach raz w tygodniu drogą elektroniczną do Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast raporty statystyczne do 10-go dnia każdego miesiąca po zakończeniu danego okresu sprawozdawczego. Raporty z zakresu list oczekujących są generowane z systemu, a następnie za pośrednictwem komunikatów sprawozdawczych XML przekazywane za pośrednictwem aplikacji do Narodowego Funduszu Zdrowia - System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI).* Potwierdzeniem powyższego było przedstawienie wydruków z systemu za okres objęty kontrolą.

(Dowód: akta kontroli patrz str.51-52)

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że w załączniku nr 7 do *Zasad działania Zespołów, Komitetów, Komisji* z dnia 20.02.2015r. Dyrektor Szpitala powołał *Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów*. W skład *Zespołu* każdorazowo oprócz lekarza specjalisty w dziedzinie zabiegowej, lekarzy specjalistów w dziedzinie niezabiegowej, pielęgniarki naczelnej wchodził pracownik Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum, czyli wbrew art. 21 ust. 2 u.ś.o.z.

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością – Beata S. pismem z dnia 28.03.2018r. złożyła w tej sprawie wyjaśnienie informując, że *wchodząca w skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć, Pani Małgorzata K. jest zatrudniona w Dziale Statystyki i Dokumentacji, Archiwum,*

¹⁵ Rozporządzenie M.Z. z dn. 20.06.2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., nr 123 poz. 801 ze zm.)

na stanowisku Starszy Statystyk Medyczny i posiada upoważnienie do dostępu do wszystkich wrażliwych danych medycznych pacjentów. Została włączona w skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów, aby usprawnić jego pracę, gdyż Zespół mając w swoich strukturach wydzielonego pracownika do opracowywania wydruków statystycznych z kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego, może realizować swoje zadania szybciej i sprawniej. Dzięki takiemu rozwiązaniu Przewodnicząca Zespołu jest zwolniona z comiesięcznego zwracania się do Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji, Archiwum z prośbą o przygotowanie i przekazanie do Zespołu koniecznych wydruków statystycznych, bowiem to zadanie, w ramach przynależności do Zespołu, ma obowiązek wykonać Pani Małgorzata K. Jej działania znacznie przyczyniają się do usprawnienia analizy kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego.

(Dowód: akta kontroli str. 54 Wyjaśnienie Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, zdaniem kontrolujących, art. 21 ust. 2 u.ś.o.z, ma charakter enumerowany jeśli chodzi o wyliczenie składu zespołu. Ustawodawca nie posłużył się w zdaniu wstępnym do wyliczenia sformułowaniami takimi jak „w szczególności”, „co najmniej”. W związku z tym, literalne brzmienie przepisu wyklucza dołączenie do składu zespołu osób niespełniających wskazanych kryteriów. Ustawodawca określając skład zespołu przewidział jedynie osoby wykonujące zawód medyczny i jest w tym konsekwentny, skoro w art. 21 ust. 2a u.ś.o.z stanowi, że w przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej albo jednostce budżetowej rada społeczna, może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym u tego świadczeniodawcy¹⁶.

W załączniku nr 7 do ww Zasad określono, że Zespół dokonuje miesięcznej analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń tj. zgodnie z art. 21 ust 4 u.ś.o.z. Zadania Zespołu obejmowały również m.in. kwartalną i roczną analizę odmów hospitalizacji, analizę zgłaszanych zdarzeń niepożądanych w zakresie nieplanowanych i powtórnych hospitalizacji, dokonywanie rocznych podsumowań zdarzeń niepożądanych z uwzględnieniem wniosków, zaleceń, planu poprawy jakości udzielnych świadczeń.

¹⁶ Publikacja LEX QA 493086 z dn.14.11.2014r.

Spotkania, według załącznika nr 7 powinny odbywać się jeden raz w miesiącu i powinny być dokumentowane w postaci listy obecności, protokołem oraz raportem z analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Biorąc powyższe po uwagę, na podstawie okazanej dokumentacji ustalono, że w badanym okresie odbyło się łącznie 24 posiedzenia, raz w miesiącu (po 12 w roku). Każde z nich zostało udokumentowane *Protokołem z zebrania*. Z udostępnionej dokumentacji wynikało, że w pracach Zespołu nie uczestniczyło dwóch jego członków wskazanych w załączniku nr 7, a to oznacza, że nie dokonywali oni *ocen przyjęć* tj. niezgodnie z zapisami art. 21 ust. 4 u.ś.o.z.

Przewodnicząca Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów przedstawiała wyjaśnienia złożone przez Członków Zespołu, z których wynika, że *częsta nieobecność na posiedzeniach Zespołu spowodowana była dużą ilością codziennych obowiązków służbowych wynikających z charakteru pracy – praca na bloku operacyjnym – w przypadku lekarza zabiegowca, opieka lekarska nad pacjentami Oddziału I Gruźlicy i Chorób Płuc – w przypadku lekarza niezabiegowca.*

Ponadto, z wyjaśnień złożonych przez Kierownika Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i jednocześnie Członka ww Zespołu wynika, że nieobecność na posiedzeniach zawsze była związana z nieobecnością w pracy lub wykonywaniem w tym samym czasie zabiegu operacyjnego, którego czas trwania nie da się zawsze dokładnie określić.

(Dowód: akta kontroli str. 55-56 Wyjaśnienia Członków Zespołu)

Z *ocenami przyjęć* zawartymi w *Protokołach*, za każdym razem zapoznawany był Dyrektor Szpitala potwierdzając ich treść własnoręcznym podpisem.

Opis stanu
faktycznego

Sprawdzenie zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych po konkursie przeprowadzonym według procedur określonych w przepisach

Według *Wykazu* Koordynatora Sekcji ds. Osobowych – Katarzyny R., w okresie objętym kontrolą, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, przeprowadzono jeden konkurs w roku 2016 na stanowisko naczelnego pielęgniarki.

(Dowód: akta kontroli str. 57 Wykaz Koordynatora Sekcji ds. Osobowych Zespołu)

W trakcie czynności kontrolnych badaniem objęto postępowanie konkursowe pod kątem stosowania przepisów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą¹⁷.

W oparciu o udostępnioną dokumentację ustalono, że procedura została wszczęta powołaniem przez Dyrektora Szpitala komisji konkursowej pismem z dnia 20.01.2016r., znak: AK – 184/31a/2016. Przyjęcie regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie odbyło się korespondencyjne.

W treści ogłoszenia o konkursie na stanowisko naczelniej pielęgniarki zamieszczonego w Gazecie Wyborczej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala, brakowało wskazania *przewidywanego terminu rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur* tj. niezgodnie z zapisami § 9 ust. 1 pkt 6) ww. rozporządzenia.

(Dowód: akta kontroli str. 58-59 Ogłoszenie o konkursie)

Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – Marzanna B.G. wyjaśniła, że w ogłoszeniu nie został podany wprost przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur, ogłoszenie zawierało zapis, że o terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie, ponieważ termin posiedzenia komisji na etapie publikacji ogłoszenia nie był jeszcze ustalony. Wszystkich kandydatów (...) poinformowano telefonicznie, następnego dnia po upływie terminu składania dokumentów do konkursu, że posiedzenie komisji konkursowej na którym zostaną rozpatrzone kandydatury odbędzie się w dniu 16 marca 2016r. o godz. 9⁰⁰ w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach, ul. Nowy Świat 32 A.

(Dowód: akta kontroli str. 60 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych)

Stosownie do § 7 ust. 2 ww rozporządzenia *przewodniczący komisji konkursowej powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej (...)*. W przypadku poddanego kontroli konkursu to Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych informowała członków komisji o miejscu i czasie przeprowadzenia konkursu i na tą okoliczność złożyła wyjaśnienie w brzmieniu: *w związku z tym, że większość członków Komisji konkursowej, a niekiedy i kandydaci są pracownikami Szpitala, w celu skrócenia czasu powiadomienia*

¹⁷ Rozporządzenie MZ z dn. 6.02.2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U.2012.182)

o terminie konkursu, Szpital w porozumieniu z Przewodniczącą Komisji konkursowej dokonał tej czynności. Przyjęty sposób zawiadomienia znacznie skrócił czas przygotowania konkursu.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 60)

W efekcie przeprowadzonego postępowania, komisja konkursowa, spośród dwóch kandydatur, dokonała w dniu 16.03.2016r. wyboru Pani Bogumily K.S. na stanowisko naczelnego pielęgniarki z którą Kierownik podmiotu leczniczego nawiązał stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.

Opis stanu
faktycznego

Sprawdzenie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne i zawarcie umów

Stosownie do art. 26 u.d.l. podmiot leczniczy (...) może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycy. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art.150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia.

Według informacji Z-cy Głównego Księgowego – Emilii J., Koordynatora Sekcji Planowania i Organizacji – Beaty K.-Ch. i Koordynatora Sekcji ds. Osobowych – Katarzyny R., w okresie objętym kontrolą, Szpital przeprowadził łącznie 48 konkursów ofert i 87 postępowań pozakonkursowych na realizację świadczeń zdrowotnych. W roku 2016 przeprowadzono 22 postępowania – w trybie konkursowym na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu, 12 postępowań – w trybie pozakonkursowym (6 na zlecenie podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń z wyłączeniem personelu medycznego, 6 na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu). W roku 2017 przeprowadzono 26 postępowania – w trybie konkursowym (25 na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu i 1 na zlecenie podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń z wyłączeniem personelu medycznego), 75 postępowań – w trybie pozakonkursowym (66 na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu i 9 na zlecenie podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń z wyłączeniem personelu

medycznego). W efekcie ww. działań zawarto łącznie 208 umów na ogólną, wartość 4 210 874,57 zł. wg ewidencji księgowej w danym roku z tym, że w wyniku przeprowadzonych konkursów zawarto: w 2016r. 62 umowy z personelem medycznym o wartości 2 195 047,80 zł. – wg ewidencji księgowej; w 2017r. 58 umów z personelem medycznym i 1 umowę z podmiotem zewnętrznym z wyłączeniem personelu medycznego o łącznej wartości 1 679 660,06 zł. – wg ewidencji księgowej.

Z ww. informacji wynika, że w trybie pozakonkursowym zawarto 87 umów o łącznej wartości 336 166,71 zł. (wg ewidencji księgowej w danym roku), w tym:

- w roku 2016: 6 umów z personelem medycznym i 6 umów z podmiotem zewnętrznym z wyłączeniem personelu medycznego o łącznej wartości 93 118,74 zł.– wg ewidencji księgowej,
- w roku 2017: 66 umowy z personelem medycznym i 9 umów z podmiotem zewnętrznym z wyłączeniem personelu medycznego o łącznej wartości 243 047,97 zł. – wg ewidencji księgowej.

(Dowód: akta kontroli str. 61-62 Zestawienie dotyczące zlecenia podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń)

Szczegółowym badaniem objęto dwa konkursy ofert na:

1. *Wykonywanie 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 – zwane dalej wykonywaniem badań,*
2. *Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji neurologicznych.*

Wytypowane do analizy postępowania zostały poprzedzone ustaleniem wartości szacunkowej stosownie do art. 26a u.dz.l. odpowiednio sporządzonej przez Koordynatora Sekcji Planowania i Organizacji oraz Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej w dniu 11.10.2017r. i Koordynatora Sekcji ds. Osobowych w dniu 15.09.2017r.

Konkursy ofert na: *wykonywanie badań; udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji neurologicznych* przeprowadziły komisje powołane Zarządzeniem nr 25/2017 z dnia 02.10.2017r. (dla poz. 1) i Zarządzeniem nr 48a/2013 z dnia 05.09.2013r. (dla poz. 2) Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.

Analiza ww. postępowań wykazała, że przedmiot zamówienia został opisany z pominięciem nazw i kodów Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) tj. wbrew art. 141 ust. 4 u.ś.o.z., który stanowi, że *do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy*

i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz.Urz.WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z póź.zm).

Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej – Krzysztof J., Koordynator Sekcji Planowania i Organizacji – Beata K.-Ch., Koordynator Sekcji ds. Osobowych – Katarzyna R. w piśmie z dnia 26.03.2018r. udzielili w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że brak zamieszczenia kodu CPV w opisie przedmiotu zamówienia w ww. postępowaniach wynika z ludzkiego błędu, przeoczenia. *Brak umieszczenia kodu nie miał żadnego wpływu na ograniczenie konkurencji ponieważ ogłoszenie zostało podane do wiadomości publicznej poprzez zamieszczenie na stronie i na tablicy ogłoszeń Szpitala. W kolejnych postępowaniach członkowie komisji na etapie przygotowywania postępowania zwrócą szczególną uwagę na stosowanie kodów CPV do opisu przedmiotu zamówienia.*

(Dowód: akta kontroli str. 63 Wyjaśnienie Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, Koordynatora Sekcji Planowania, Koordynatora Sekcji ds. Osobowych)

Ponadto, ustalono, że w prowadzonym postępowaniu na wykonywanie badań udzielający zamówienia zastosował dwa spośród pięciu kryteriów oceny ofert tj.: cena i jakość, czyli niezgodnie z art. 148 ust. 1 u.s.o.z, który określa, że *porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny.*

Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej – Krzysztof J. i Koordynator Sekcji Planowania i Organizacji – Beata K.-Ch. w piśmie z dnia 26.03.2018r. wyjaśnili, że *w postępowaniu którego przedmiotem było wykonywanie badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań śródoperacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydanie opinii o przyczynie zgonu na rzecz pacjentów Szpitala w Czerwonej Górze zastosowano kryteria wyboru cena i jakość. W ocenie komisji kryterium jakość definiowało zarówno kryterium kompleksowości, dostępności jak i ciągłości. Przy tego rodzaju usługach, zdaniem komisji, doświadczenie zawodowe, kwalifikacje personelu, możliwość telefonicznych konsultacji lekarza patomorfologa, odbiór materiałów badań codziennie, wykonywanie usług zarówno w siedzibie Zamawiającego jak i Przyjmującego Zamówienie, a także dostęp do wyników badań w formie elektronicznej zostało kompleksowo ocenione jako jakość.*

(Dowód: akta sprawy str. 64 Wyjaśnienie Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej i Koordynatora Sekcji Planowania i Organizacji)

Kontrolujący, odnosząc się do złożonych wyjaśnień wskazują na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26.02.2015r., który uznał, że „organy NFZ porównując oferty muszą dokonać tego z punktu widzenia reguł określonych w art. 148 pkt. 1 i 2 ustawy, a Prezes NFZ może co najwyżej określić jak należy rozumieć w danym postępowaniu poszczególne kryteria wskazane w tym przepisie. Innymi słowy, Prezes NFZ nie może stwierdzić, że niektóre kryteria z art. 148 u.ś.o.z. nie będą stosowane, natomiast ma obowiązek wyjaśnić jak będą stosowane w konkretnym rodzaju postępowania”¹⁸.

W przypadku postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji neurologicznych kryteria oceny ofert były kompletne i zgodne z art. 148 ust. 1 u.ś.o.z. z tym, że nie zostały upublicznione zarówno w ogłoszeniu jak i szczegółowych warunkach konkursu ofert, co stoi w sprzeczności z art. 147 u.ś.o.z., który stanowi, że kryteria oceny ofert (...) są jawne.

Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – Marzanna B.-G. złożyła w tym zakresie pisemne wyjaśnienie informując, że *Kryteria i parametry oceny ofert na wykonanie świadczeń medycznych w zakresie konsultacji neurologicznych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze nie zostały zamieszczone w szczegółowych warunkach konkursu ofert z powodu pomyłki pracownika przygotowującego postępowanie. Kryteria oceny ofert zostały przygotowane i znajdował się do wglądu w Sekcji ds. Osobowych.*

(Dowód: akta sprawy str. 65 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych)

Badanie ww postępowania pozwoliło na wykazanie, że w ogłoszeniu i szczegółowych warunkach konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz projekcie umowy udzielający zamówienia zawarł sprzeczne informacje co do okresu na jaki miała zostać zawarta umowa, w brzmieniu: *1 rok tj. 01.11.2017r. do 31.10.2020r.* Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – Marzanna B.G. wyjaśniła, że *Umieszczenie nieprawidłowych zapisów wynikało z błędu pracownika.*

(Dowód: akta sprawy patrz str. 65)

Ponadto ustalono, że *Projekt umowy zamieszczony na stronie internetowej Szpitala określał datę zawarcia 31 października 2017r.* Ze złożonych przez Z-cę Dyrektora

¹⁸ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dn.26.02.2015r. syg IIGSK 2212/13

ds. Administracyjno-Organizacyjnych – Marzannę B.-G. wyjaśnień wynika, że we wzorze umowy pomyłkowo umieszczono datę zawarcia umowy. Pracownik przygotowujący wzór umowy wyliczył, że skoro postępowanie konkursowe rozstrzygnięte zostanie do dnia 18 października 2017r., to będzie możliwe podpisanie umowy z datą 31 października 2017r.

(Dowód: akta sprawy patrz str. 65)

W wyniku rozstrzygnięcia, wybranych do szczegółowej analizy, konkursów Szpital zawarł z wybranymi oferentami dwie umowy, które zostały podpisane odpowiednio w dniu:

- 31.10.2017r. – z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, Zakład Patologii Sp. z o.o. z/s w Kielcach – umowa nr 5/B/2017 z terminem obowiązywania od 01.11.2017r. do 30.06.2018r.,
- 30.10.2017r. – z Aldoną Latosińską Prywatny Gabinet Lekarski z/s w Kielcach – umowa nr 37/UM/2017 z terminem obowiązywania od 01.11.2017r. do 31.10.2020r.

Z tytułu realizacji przedmiotu umowy nr 5/B/2017 z dnia 31.10.2017r. tj. wykonywanie badań histopatologicznych, badań cytologicznych, badań, operacyjnych, konsultacji specjalisty patomorfologa oraz sekcji zwłok (wraz z badanymi histopatologicznymi i wydawaniem opinii o przyczynie zgonu) udzielający zamówienia zapłacił przyjmującemu zamówienie należność, zgodnie z cennikiem usług stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. Umowa przewidywała 30 – dniowy termin regulowania zobowiązania od daty dostarczenia faktury wraz z wykazem zawierającym m.in. rodzaj i ilość wykonanych badań. Na podstawie okazanych faktur nr FV/4278/2017 z dnia 30.11.2017r. i nr FV/4705/2017 z dnia 31.12.2017r. wystawionych odpowiednio na kwotę 43 547,00 zł. i 38 383,00 zł., stosownych wykazów oraz przelewów bankowych ustalono, że Szpital w terminie dokonywał płatności za udzielone usługi.

W przypadku umowy nr 37/UM/2017 z dnia 30.10.2017r. Strony ustaliły, że za jedną konsultację neurologiczną przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie w kwocie 45,00 zł. W oparciu o przedstawione faktury nr 37/17 z dnia 24.11.2017r. i nr 42/17 z dnia 29.12.2017r. – przedłożone w umownym terminie wraz z wykazem udzielonych konsultacji i przelewów bankowych ustalono, że należność była regulowana w terminie.

Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością jednostki

Opis stanu faktycznego

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w okresie 2016r. – 2017r. (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg określa procedura PO-19/a pn. *Postępowanie ze skargą pacjenta* zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala i obowiązująca od dnia 18.03.2013r. Do ww procedury, w dniu 02.01.2015r. została wprowadzona zmiana polegająca na wydłużeniu terminu rozpatrzenia sprawy i przekazania odpowiedzi z 30 dni do 60 dni od daty złożenia lub wpływu skargi.

(Dowód: akta sprawy str. 66-72 Procedura z dnia 18.03.2013r. i zmiana z dn. 02.01.2015r.)

Według informacji sporządzonej przez Z-cę Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych i jednocześnie Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Marzannę B.-G. – w 2016r. wpłynęły 2 skargi – obydwie uznano za niezadane, a w 2017r. 5 skarg w tym: 1 uznano za zasadną, 3 za niezasadne i 1 za częściowo zasadną, które zarejestrowane zostały w ww. *Rejestrze Spraw Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta*.

(Dowód: akta kontroli str. 73 - 77 wyciąg z Rejestru skarg za 2016r. i za 2017r.)

Badaniu poddano wszystkie skargi złożone w 2016r. i 2017r. przez:

- 1) Matkę Pacjenta Poradni Urologicznej, z datą wpływu 20.09.2016r., skarga dotyczyła *braku zainteresowania stanem syna Skarżącej oraz niewłaściwego zachowania lekarza przyjmującego w Poradni Urologicznej*. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Odpowiedzi Skarżącej udzielił Dyrektor Szpitala, pismem z dnia 14.11.2016r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 16.11.2016r.);
- 2) Syna Pacjenta Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej, z datą wpływu 09.12.2016r., skarga dotyczyła *braku udzielenia niezbędnej informacji medycznej pacjentowi i jego rodzinie*. W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Odpowiedź została udzielona w piśmie datowanym i wysłanym 18.01.2017r. bezpośrednio Pacjentowi (zwrotne potwierdzenie odbioru - 19.01.2017r.);
- 3) Pacjentki Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (e-mail), z datą wpływu 17.03.2017r., skarga dotyczyła *utrudnionego kontaktu z personelem*

Działu Diagnostyki i Leczenia zaburzeń oddychania, opóźnienia w przesłaniu wyniku badania, braku informacji o pełnomocniku ds. praw pacjenta na stronie internetowej Szpitala. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją w części odnoszącej się do opóźnienia przesłania wyniku badania za zasadną – personel zatrudniony w Dziale Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania został pouczony i zobowiązany do terminowej realizacji wykonywanych procedur. Natomiast, w części dotyczącej braku informacji na stronie internetowej Szpitala na temat Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta uznano ją za niezasadną. Odpowiedź do Skarżącej wystosował Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 21.04.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 25.04.2017r.);

- 4) *Pacjent Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy z datą wpływu 17.05.2017r., skarga dotyczyła m.in. lekceważącego i pogardliwego traktowania pacjenta przez lekarza prowadzącego. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego uznano ją za niezasadną. Odpowiedź Skarżącemu została udzielona w piśmie datowanym i wysłanym 31.05.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 05.06.2017r.);*
- 5) *Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 27.06.2017r. e-mail skargi syna pacjentki), z datą wpływu 29.06.2017r. Skarga dotyczyła odmowy udzielenia świadczenia w formie porady domowej przez lekarza z Poradni Leczenia Bólu. Początkowo skarga została uznana za niezasadną – w odpowiedzi wystosowanej do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach, Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że Szpital realizuje świadczenia wynikające z zawartej umowy, a zakres usług medycznych realizowanych przez Poradnię Leczenia Bólu nie pozwala na świadczenie ich w warunkach domowych. W odpowiedzi Dyrektor Szpitala otrzymał pismo z dnia 25.07.2017r., w którym Fundusz poinformował m.in., że w kwestii wizyty domowej lekarza specjalisty w ramach ubezpieczenia zastosowanie mają przepisy § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej według których w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowane są udzielane w domu świadczeniobiorcy. Jednocześnie Fundusz wskazał, że w przypadku niewykonania lub wykonywania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy Oddział Funduszu może zastosować kary umowne i wezwał Szpital do przestrzegania obowiązujących przepisów. W wyznaczonym terminie Z-ca Dyrektora*

ds. Administracyjno-Organizacyjnych wystosowała pismo datowane na 08.08.2017r. do Oddziału Funduszu informując, że *lekarze udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w poradniach Szpitala zostali zobowiązani do przestrzegania obowiązujących w tym zakresie przepisów zapewniając przy tym, że Szpital dołoży wszelkich starań, aby w przyszłości tego typu problemy nie występowały.*

- 6) Pacjentka Izby Przyjęć z datą wpływu 18.09.2017r., skarga dotyczyła *niewłaściwego zachowania personelu Izby Przyjęć oraz lekarza urologa konsultującego pacjentkę.* W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną, odpowiedź Skarżącej udzielono w piśmie wysłanym w dniu 22.11.2017r.;
- 7) Pacjenta Izby Przyjęć z datą wpływu 04.11.2017r., skarga dotyczyła *niewłaściwego zachowania lekarza Oddziału VII Urologicznego konsultującego pacjenta w Izbie Przyjęć.* W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną. Odpowiedź do Skarżącego została wystosowana przez Dyrektora Szpitala w piśmie wysłanym w dniu 03.01.2018r.

Z ustaleń kontroli wynikało, że w przypadku 5 skarg z dnia 20.09.2016r., z dnia 09.12.2016r., z dnia 17.03.2017r., z dnia 04.11.2017r. i z dnia 18.09.2017r. o sposobie załatwienia skargi Skarżący zostali zawiadomieni po upływie ustawowego terminu, określonego w art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960r.¹⁹ (zwany dalej k.p.a.). Stwierdzono, że ww. sprawy skargowe były rozpatrywane i załatwiane w przedziale czasowym od 35 dni (termin minimalny) do 65 dni (termin maksymalny).

Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych – Marzanna B.-G. złożyła wyjaśnienie w tym zakresie, informując, że *zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi zawartymi w procedurze nr PO-19/a wydanie 2 „Postępowanie ze skargą pacjenta” – rozpoznanie sprawy i przekazanie odpowiedzi następuje w terminie nieprzekraczającym 60 dni od daty złożenia lub wpływu skargi. Termin 60 dni został przyjęty w styczniu 2015r., jako maksymalny, ponieważ często zdarzało się, że wpływające sprawy były dość skomplikowane i czasochłonne w ich rozpatrywaniu, co znacznie wydłużało czas na ich załatwienie. Przyjęty wewnętrznie czas na rozpatrzenie skargi nie przekracza maksymalnego czasu określonego w kodeksie postępowania administracyjnego.*

¹⁹ ustawa z dn. 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2016.23 tj. ze zm. oraz Dz.U. 2017.1257 tj. ze zm)

Jednocześnie poinformowała, że *dokładamy wszelkich starań, aby wpływające skargi były rozpatrywane niezwłocznie w możliwie najkrótszym czasie.*

(Dowód: akta kontroli str. 78 Wyjaśnienie Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno - Organizacyjnych)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień kontrolujący wskazują, że stosownie do art. 237 § 1 k.p.a. *organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca. W razie niez załatwienia skargi w ww terminie, organ administracji publicznej jest obowiązany zawiadomić o tym wnoszącego skargę, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia skargi oraz pouczając o prawie do wniesienia ponaglenia*²⁰.

Mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 3) u.d.l., który stanowi, że do zadań rady społecznej należy dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno - Organizacyjnych przedstawiła protokoły z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala z dnia 23.02.2017r. i 20.03.2018r. z treści których wynika, że jednym z omawianych zagadnień była informacja przedstawiona przez Pełnomocnika ds Praw Pacjenta dotycząca skarg złożonych i rozpatrywanych w okresie objętym kontrolą.

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze funkcjonował *Zespół ds. Jakości* – skład osobowy i zadania Zespołu zostały określone w załączniku nr 1 do *Zasad działania Zespołów, Komitetów, Komisji* z dnia 20.02.2015r. zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala.

Na podstawie informacji uzyskanej od Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością – Beaty S. i jednocześnie Przewodniczącej ww Zespołu ustalono, że stopień zadowolenia pacjenta objęty jest ciągłym monitorowaniem. Informacje dotyczące satysfakcji pacjenta uzyskiwane są poprzez: systematyczną analizę i ocenę ankiet; analizę złożonych skarg, pochwał, wniosków; rozmowy bezpośrednie z pacjentem i jego opiekunami; obserwację.

²⁰ art.237 ust. 4, art. 36 Kodeksu postępowania administracyjnego

W szpitalu prowadzi się systematyczne badanie satysfakcji pacjenta. Narzędziem jest kwestionariusz ankiety składający się z trzech części:

- pierwsza część dotyczy oceny pracy personelu i podstawowych świadczeń,
- druga zawiera pytania zamknięte z zakresu respektowania Praw Pacjenta,
- trzecia to krótka charakterystyka badanego.

Według ww informacji badaniem objęty jest co dziesiąty pacjent, wg klucza - nr Księgi Głównej zakończony cyfrą 0, a także każdy pacjent zainteresowany wypełnieniem ankiety ma dostęp do „czystych” kwestionariuszy umieszczonych w korytarzach każdego Oddziału, przy Izbie Przyjęć, przy Poradniach działających w Szpitalu i w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala. Wypełnioną ankietę pacjent wrzuca do zamkniętych skrzynek umieszczonych w korytarzach – klucze do skrzynek posiada tylko Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością. Analizy ankiet dla każdego Oddziału oraz zbiorczo dla całego Szpitala, dokonuje Pełnomocnik wraz z Zespołem 1 x kwartał. Po zakończeniu roku jest przygotowywane roczne podsumowanie wyników badania satysfakcji pacjenta z porównaniem do lat poprzednich.

Analiza uzyskanych danych dostarcza informacji na temat:

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

Następnie raporty z analizy ankiet przekazywane są do Dyrekcji Szpitala, Naczelnej Pielęgniarki, członków Zespołu ds. Jakości. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych otrzymują drogą e-mail z zaleceniem zapoznania się z wynikami analizy podległego personelu i podjęcia działań zmierzających do poprawy jakości udzielanych świadczeń w zakresie własnej komórki organizacyjnej.

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością umieszcza raporty z wynikami analizy w odniesieniu do całego Szpitala na serwerze szpitalnym, do którego ma dostęp każdy pracownik. Wszystkie uwagi, spostrzeżenia, komentarze, propozycje pacjentów są na bieżąco analizowane i są podstawą do podejmowania działań mających na celu zaspokojenie potrzeb klienta i wprowadzania zmian, które wpływają na lepsze postrzeganie Szpitala. Druk Ankiety był aktualizowany w 2017r. Obecnie funkcjonujące druki są osobne dla Poradni i Szpitala.

W trakcie czynności kontrolnych zostały przedstawione *Raporty badania satysfakcji pacjentów – Analiza ankiet za 2016 rok i 2017 rok*. Główne wnioski z analizy uwag, spostrzeżeń pacjentów zawartych w ankietach za 2016r. i 2017r. przedstawiają się następująco:

- *Pacjenci w większości są bardzo zadowoleni z pobytu w Oddziałach Szpitala. Wyrażają pozytywne opinie na temat personelu, sposobu diagnozowania, leczenia i pielęgnowania. Wskazują na to, iż Szpital jest lepszym w porównaniu z innymi placówkami medycznymi.*
- *Pacjenci wnoszą uwagi do jakości żywienia pacjentów, dotyczących jakości serwowanych potraw, ich temperatury, czasu podawania.*
- *Problemem poruszonym przez pacjentów jest stan sanitarny, techniczny, wyposażenie i funkcjonowanie łazienek i WC.*

(Dowód: akta kontroli str. 79-92 Informacja Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz Raportami Badania Satysfakcji Pacjentów za 2016r. i 2017r.)

Według informacji z *Zestawienia* przygotowanego przez Specjalistę ds. Zarządzania Jakością – Beatę S. potwierdzonych dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze posiadał:

1. Certyfikat Akredytacyjny nr 2014/2 potwierdzający spełnienie przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Data wydania *Certyfikatu* 03.03.2014r. z mocą obowiązywania do 03.03.2017r.
2. Certyfikat Akredytacyjny nr 2017/38 potwierdzający spełnienie przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze w zakresie działalności Szpitala w Czerwonej Górze standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Data wydania *Certyfikatu* 14.11.2017r. z mocą obowiązywania do 14.11.2020r.
3. Certyfikat Nr PL-PNG-060/ISO/14 (PN-EN ISO 9001:2009) w zakresie: lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji medycznej, promocji i profilaktyki zdrowotnej, opieki długoterminowej w warunkach domowych, diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. Data wydania *Certyfikatu* 26.04.2014r. z mocą obowiązywania do 25.04.2017r. Ww dokument został zaktualizowany – Certyfikatami nr PL-PNG-

060a/ISO/15 wydanym w dniu 15.05.2015r. i nr PL-PNG-060b/ISO/16 wydanym w dniu 14.06.2016r. – obydwie z mocą obowiązywania do 25.04.2017r.

4. Certyfikat Nr PL-PNG-060/ISO/17 (PN-EN ISO 9001:2009) w zakresie: Lecznictwo szpitalne, AOS, ASDK, Rehabilitacja ambulatoryjna, Profilaktyczne Programy Zdrowotne oraz programy lekowe, Diagnostyka w zakresie udzielania świadczeń w pracowniach, Świadczenia odrębnie kontraktowane, Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Data wydania *Certyfikatu* 12.04.2017r. z mocą obowiązywania do 14.09.2018r. Ww. dokument został zaktualizowany – Certyfikatem nr PL-PNG-060a/ISO/17 wydanym w dniu 26.06.2017r. w związku z „przeniesieniem” lokalizacji zakresu *Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej OMALIZUMABEM* z Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej ul. Jagiellońska 72 z/s w Kielcach do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.
5. Certyfikat „Szpital bez bólu” potwierdzający wprowadzenie najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego. Data wydania *Certyfikatu* 23.11.2015r. z mocą obowiązywania do 23.11.2018r.
6. Certyfikaty uzyskiwane co roku, czyli 28.02.2015r., 17.05.2016r. i 27.02.2017r. przyznające placówce tytuł „Szpital Przyjazny Pacjentom”.
7. Certyfikat Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków poświadczający udział w 2016r. w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków (PPS HAI&AU) zgodnym z metodologią opracowaną przez ECDC z datą obowiązywania 30.09.2017r.

(Dowód: akta kontroli str.93 -94 Zestawienie Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością)

Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

Według informacji Referenta ds. aparatury medycznej – Szymona G., w okresie 2016r.-2017r. Szpital posiadał 890 pozycji aparatury i sprzętu medycznego, który był wykorzystywany przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i usług medycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 95-101 Informacja Referenta ds. aparatury medycznej)

Zasady nadzorowania aparatury, sprzętu medycznego zostały ustalone w Procedurze Nr: P-03/KP-03 z dnia 27.03.2017r. „Nadzór nad sprzętem i aparaturą medyczną” zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala. W ww dokumencie wskazano, że okresowe przeglądy aparatury medycznej wykonywane są zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producentów oraz okresowymi zestawieniami aparatury medycznej wymagającej przeglądu. Pracownik zatrudniony na Stanowisku ds. Aparatury Medycznej tworzy okresowe zestawienie aparatury medycznej wymagającej przeglądu na podstawie posiadanych rejestrów oraz informacji przekazywanych 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. Wymienione zestawienie jest podstawą do planowania i wykonywania przeglądów aparatury medycznej i przedstawiane Dyrektorowi Szpitala. W trakcie czynności kontrolnych, przedstawiono kontrolującym harmonogramy przeglądów aparatury medycznej obejmujące: okres przeglądów, typ urządzeń, producenta, model, nr fabryczny/rok produkcji, lokalizację.

W Szpitalu obowiązywał Program Zapewnienia Jakości Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej Nr DR-03 z dnia 10.06.2016 (wydanie 2) zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala. Zgodnie z ww dokumentem nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądrowego sprawowała osoba posiadająca uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej.

Na podstawie informacji złożonej przez Referenta ds. aparatury medycznej – Szymona G. ustalono, że Szpital, w okresie objętym kontrolą, podpisał trzy umowy serwisowe:

Lp.	Numer umowy i data zawarcia	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot
	2016r.		
1.	42/U/2016 z dnia 11.10.2016r./ 11.10.2016r. – 10.10.2018r.	GE Medical Systems	Obsługa serwisowa tomografu komputerowego (przeglądy + naprawy, testy specjalistyczne)
2.	28/U/2016 z dnia 30.06.2016r./ 01.07.2016r.-30.06.2019r.	Olympus	Obsługa serwisowa aparatury z Działu Endoskopii (przeglądy + naprawy)
	2017r.		
1.	47/U/2017 z dnia 06.11.2017r./ 06.11.2017r. -05.11.2020r.	GETINGE	Obsługa serwisowa urządzeń Centralnej Sterylizatorni (przeglądy naprawy)

Z informacji wynikało również, że w 2014r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze zawarł dwie umowy, które obowiązywały w okresie objętym kontrolą (2016/2017) i dotyczyły obsługi serwisowej:

- urządzeń Centralnej Sterylizatorni (umowa nr 26/U/2014 z dnia 05.11.2014r. z GETINGE);
- tomografu komputerowego (umowa nr 23/U/2014 z dnia 09.10.2014r. z GE Medical System).

Jednocześnie Referent ds. aparatury medycznej – Szymon G. wyjaśnił, że *Szpital nie posiada umów serwisowych, przedmiotem których są przeglądy roczne i naprawy urządzeń medycznych w ogólnym zakresie. W przypadku przeglądu bądź naprawy Szpital na podstawie zapytania ofertowego zleca jednorazowo usługę w wyżej wymienionym zakresie (bezumownie do 30 000 euro).*

(Dowód: akta kontroli patrz str.95-101)

Na podstawie Zestawienia analitycznego obrotów i sald za rok 2016 oraz za rok 2017 od konta 404-01 – Usługi obce ustalono, że Szpital w 2016r. poniósł koszty naprawy, konserwacji i serwisu sprzętu medycznego w wysokości 982.444,42 zł., a w 2017r. w wysokości 916.536,03 zł.

(Dowód: akta kontroli str.102-103 Zestawienie analityczne)

W toku czynności kontrolnych sprawdzono realizację przez Szpital obowiązków określonych w art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych²¹. Wyrulkowej kontroli poddano paszporty i karty techniczne niżej wymienionej pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- bronchoskop – typ BF-UC180F, nr seryjny 1111046, rok produkcji 2016r., (producent OLYMPUS), eksploatacja od 2016r. (gwarancja do 2018r.), użytkowany w Pracowni Endoskopii;
- aparat do znieczulenia ogólnego – typ FLOW – iC20, nr seryjny 2832, rok produkcji 2014, (producent MAQUET), eksploatacja od 2014r. (gwarancja do 2017r.), użytkowany w O/Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Blok operacyjny;
- platforma EV1000A-stacja do pomiarów hemodynamicznych – typ EV1000A, nr seryjny EV080998/695/39026 TPAB046348, rok produkcji 2015 (producent: EDWARDS LIFESCIENCES POLAND), eksploatacja od 2016r., (gwarancja do 2018r.), użytkowany w O/Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

²¹ Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych Dz. U. Nr 107, poz.679 ze zm.

- aparat do elektrochirurgii – typ SPECTRUM, numer seryjny 500374, rok produkcji 2014, (producent EMED Sp. z o.o., Sp. k.), eksploatacja od 2014r. (gwarancja do 2017r.), użytkowany na Bloku Operacyjnym,
- tomograf komputerowy – typ BRIGHTSPEED ELITE 16, numer seryjny PL 1770CT01, rok produkcji 2009, (producent GE MEDICAL SYSTEMS), eksploatacja od 2010r. (gwarancja do 2011r.), użytkowany w Dziale Diagnostyki Obrazowej,
- sterylizator parowy – typ HS6613, numer seryjny 2110479-010-01, rok produkcji 2011r. (producent GETINGE), eksploatacja od 2012r. (gwarancja do 2014r.), użytkowany w Centralnej Sterylizatorni.

Przesunięcia wykonanych badań technicznych w stosunku do zaplanowanych terminów, wg wyjaśnień Pielęgniarki Koordynującej Działu Endoskopii – Elżbiety K. (odnośnie bronchoskopu), *wynikały z konieczności przestania, przez firmę serwisującą w Bydgoszczy, do której sprzęt przesyłany został planowo, do serwisu w Hamburgu.* Z kolei w przypadku aparatu do elektrochirurgii, Z-ca Pielęgniarki Koordynującej Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni – Małgorzata K. wskazała, że *przesunięcie spowodowane było sytuacją losową pracownika firmy EMED wykonującej przegląd.* Składające ww. osoby wyjaśnienia oświadczały, że w czasie, w którym nie było aktualnego przeglądu urządzenia nie były użytkowane.

(Dowód: akta kontroli str.104-105 Wyjaśnienia Pielęgniarek Koordynujących)

Na wniosek kontrolujących Szpital przedłożył wykaz pn. *Stopień wykorzystania wybranego sprzętu aparatury medycznej* w okresie objętym kontrolą – tj. aparatów RTG, tomografu. W ww. wykazie zawarto następujące dane: nazwa urządzenia, ilość badań, norma czasowa badania, ilość badań w 1 dniu, czas naprawy w dniach, ilość dni roboczych, całkowita ilość badań, wykorzystanie urządzeń – wskaźnik w (%).

W zakresie stopnia wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej w okresie kontrolowanym, na podstawie ww. wykazu ustalono ilość badań wykonanych na wybranym sprzęcie medycznym i aparaturze tj.: aparatach RTG, tomografie.

Nazwa urządzenia	Ilość szt	Ilość badań	Norma czas. bad. (w min.)	Ilość badań w 1 dniu	Czas naprawy (w dniach)	Ilość dni roboczych	Całkowita ilość badań	Wykorz. urządzeń %
2016 rok								
Aparaty RTG: - Radiologia SA								

Polyrad Premium Sn 10190683/2010 - MECALL Clisis Access 006/127/2010	2	18035	15	192	3	366	69696	25,88
Aparat RTG CARESTREAM Q- RAD 16R-0234 201	1	1955	15	30	0	101	3030	64,52
Aparat RTG do zdjęć przyłóżkowych INTERMEDI-CAL Compact 100-30	1	252	15	96	3	366	34848	0,72
Aparaty RTG ramiona "C" - GE OEC 770 79- S714 1999 - Siemens Siremobil Compact L 32432 2014	2	246	127	3,5	4	252	868	28,34
Tomograf GE BrightSpeed Elite 2295534HM3/ 2009r.	1	6184	26	27	1	252	6777	91,25
2017rok								
Aparaty RTG: - Radiologia SA Polyrad Premium Sn 10190683/2010 - MECALL Clisis Access 006/127/2010	2	18620	15	192	2	365	69696	26,72
Apart RTG CARESTREAM Q- RAD 16R-0234 2016	1	2767	15	30	2	250	7440	37,19
Aparat RTG do zdjęć przyłóżkowych INTERMEDI-CAL Compact 100-30	1	313	15	96	3	365	34752	0,90
Aparaty RTG ramiona "C" -GE OEC 770 79- S714 1999 - Siemens Siremobil Compact L 32432 2014	2	193	127	3,5	4	250	861	22,42
Tomograf GE BrightSpeed Elite 2295534HM3/ 2009r.	1	6963	26	27	2	250	6696	103,99

Referent ds. aparatury medycznej – Szymon G., wskazał, że aparaty: w Pracowni RTG w Szpitalu pracują przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej, ul. Jagiellońska 72 w Kielcach od poniedziałku do piątku w godz. od 7:00 do 14:35; aparat do zdjęć przyłóżkowych wykorzystywany jest 24 godziny, siedem dni w tygodniu i użytkowany w sytuacjach awaryjnych, jedynie przy pacjentach Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, którzy ze względu na ciężki stan zdrowia lub rodzaj choroby nie mogą zostać przewiezieni do Działu Diagnostyki Obrazowej; aparaty RTG ramion „C” wykorzystywane są tylko przy zabiegu operacyjnym na bloku operacyjnym od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 14:35 (sporadycznie z częstotliwością ok. 1 raz na kwartał mogą zostać użyte poza podanymi godzinami). Z kolei tomograf komputerowy w Pracowni TK użytkowany jest w poniedziałek oraz w środę w godzinach od 7:00 do 20:00 oraz wtorek, czwartek i piątek w godzinach od 7:00 do 18:00

(Dowód: akta kontroli patrz str.95-101)

Możliwość wykorzystywania sprzętu i aparatury medycznej oraz gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych ww. sprzętów stwierdzana była przez serwisanta w trakcie przeglądów technicznych.

Sprawdzenie zawartych, wymaganych przepisami, umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Opis stanu faktycznego

Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. Szpital był obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie ustalonym w art. 25 ust. 1 wymienionej ustawy, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego oraz minimalna suma gwarancyjna zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.²² Zgodnie z ww. aktem prawnym, minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu

²² Rozporządzenie MF z dn. 22 12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011, nr 293poz.1729).

do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Biorąc powyższe pod uwagę, ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Szpital posiadał umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawarte na okres 12 miesięcy w 2016r. i 2017r. z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Region Wschodni I Oddział Sprzedaży Korporacyjnej w Kielcach:

Lp.	Nr polisy	Okres objęty ubezpieczeniem	Zakres polisy	Suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie/ na wszystkie zdarzenia
1.	5KRA1840001	01.01.2016r. - 31.12.2016r.	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego	100 000 euro na jedno 500 000 euro na wszystkie
2.	5KRA1840008	01.01.2017r. – 31.12.2017r.	j.w	j.w.

Składki polis ubezpieczeniowych wymienionych w powyższym zestawieniu odpowiednio opiewały na kwoty w wysokości 373 248,00 zł. (płatne w 4 ratach: 4 x 93 312,00 zł.), zostały opłacone w umownych terminach, o czym świadczyły okazane przelewy bankowe.

Ocena częściowa kontrolowanej działalności

Ocena częściowa

W wyniku dokonanych, w toku kontroli ustaleń **pozytywnie z nieprawidłowościami** oceniono działalność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie
oceny częściowej

Pozytywna ocena dotyczyła: zgodności kodów resortowych charakteryzujących specjalności wybranych komórek organizacyjnych Szpitala oraz ilości łóżek, wyszczególnionych w zestawianych z danymi w tym zakresie zawartymi w Księdze Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego; zgodności zakresu i rodzaju udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczeń przewidzianych w Statucie Szpitala i Regulaminie organizacyjnym; prowadzenia list oczekujących stosownie do wymaganych przepisów prawa; rzetelnej oceny przyjęć pod kątem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania oraz zasadności i przyczyny zmian terminów udzielania świadczeń; gruntowego prezentowania w raportach kwartalnych i rocznych wyników ankiet satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez Szpital; posiadania Certyfikatów ISO, Certyfikatu Akredytacyjnego w zakresie spełniania sandrów leczenia szpitalnego wydanego przez Ministra Zdrowia i innych potwierdzających świadczenie usług na wysokim poziomie; sprawności aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, potwierdzonej wymaganymi dokumentami; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa.

Stwierdzone nieprawidłowości miały związek z: powołaniem do składu *Zespołu ds. Oceny Przyjęć* osoby niewykonyjącej zawodu medycznego, niedopełnieniem obowiązków wynikających z art. 21 ust. 4 u.ś.o.z. przez dwóch członków *Zespołu* poprzez niedokonywanie oceny list oczekujących; pominięciem w treści ogłoszenia o konkursie na stanowisko naczelniej pielęgniarki *przewidywanego terminu rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur*, niepoinformowaniem przez Przewodniczącą komisji konkursowej członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej; pominięciem kodów CPV w opisie przedmiotu zamówienia w postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niekompletnym zastosowaniem kryteriów oceny ofert oferenta w postępowaniu na *udzielanie badań (...)*; brakiem staranności w zakresie przygotowania dokumentacji dotyczącej postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji neurologicznych tj. nieupublicznienia kryteriów oceny ofert w szczegółowych warunkach konkursu ofert, sprzecznej informacji dotyczącej okresu udzielania świadczenia, wskazania daty zawarcia

umowy we wzorze umowy; udzielaniem odpowiedzi skarżącym po upływie terminu wynikającego z art. 237 § 1 Kpa;

Wskazanie osób odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialni są Dyrektor – Pan Youssef Sleiman oraz Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych – Pani Marzanna Bełtowska-Gołuch.

Zalecenia i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny częściowe wynikające z ustaleń kontroli wnosi się o realizację następujących wniosków pokontrolnych:

1. 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.
2. Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki finansowych ze środków publicznych.
3. Wyegzekwować od członków Zespołu ds. Oceny Przyjęć właściwe wykonywanie obowiązków zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki finansowych ze środków publicznych.
4. Przestrzegać § 9 ust. 1 pkt 6) i § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorą.
5. 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 2004r. 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 2004r. 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 udzielenia świadczenia; zamieszczać wzór umowy bez określenia konkretnej daty.
6. W przypadku załatwiania skarg stosować się do art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.
7. Zaktualizować procedurę PO-19/a z dnia 02.01.2015r. pn Postępowanie ze skargą pacjenta w zakresie terminu i sposobu rozpatrywania skarg.

Pozostałe informacje i pouczenia

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. z 2015, poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Stosownie do art. 26 ww rozporządzenia, proszę o poinformowanie o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Adam Jarubas
Marszałek Województwa Świętokrzyskiego

.....
*/podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu
uprawnionego do kontroli/*