

DOZ.III.1711.19.1.2018

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 Kielc

Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego – pracownicy Wieloosobowego Stanowiska ds. Kontroli
<i>Przeprowadzający kontrolę</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Ewa Murzec – główny specjalista, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.69.2018 z dnia 17.08.2018r.2. Marta Sikora – podinspektor, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.70.2018 z dnia 17.08.2018r. <p style="text-align: right;"><i>(Dowód: akta kontroli str. 1-2 .Upoważnienia do kontroli)</i></p> <p>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. <i>w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych</i> (Dz. U. z 2015r., poz. 1331)</p> <p style="text-align: right;"><i>(Dowód: akta kontroli str. 3-4 Oświadczenia kontrolujących z dnia 16.08.2018r. o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli)</i></p> <p>Kontrolę wpisano do książki kontroli pod poz. 17.</p>
<i>Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych</i>	Od 22.08.2018r. do 29.08.2018r.
<i>Zakres kontroli</i>	Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w 2017r. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w <i>Wystąpieniu pokontrolnym</i> z dnia 05.07.2017r., znak: DOZ.III.1711.10.1.2017.
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy
<i>Kierownictwo jednostki kontrolowanej</i>	Pani Mariola Grzesik – p.o. Dyrektora Pani Elżbieta Płader – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Pani Bogusława Cwalińska-Rzadkowska – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Ocena działalności Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy, 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 uchybieniami**.

Powyższa ogólna ocena działalności Jednostki kontrolowanej wynika z następujących poniżej przedstawionych ocen częściowych, 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 17.08.2018r.

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

Sprawdzono również wykonanie 2 wniosków pokontrolnych, sformułowanych w *Wystąpieniu pokontrolnym* z dnia 05.07.2017r., znak: DOZ.III.1711.10.1.2017, wydanych przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego po kontroli dotyczącej realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych – za 2016r. o treści:

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

1. Zastosować się do zapisu art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 t.j. ze zm.) poprzez dostosowanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego odnoszących się do struktury organizacyjnej Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy do stanu faktycznego.
2. Dokonywać oceny list oczekujących pod kątem czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone szczegółowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowa ocena stanu realizacji ww. wniosków pokontrolnych została ujęta odpowiednio do zakresu, przy opisie zagadnień niniejszej kontroli i w części *Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosków z Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.10.1.2017) – część I i II.

Wnioski pokontrolne zostały zrealizowane.

I. Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym

Opis stanu faktycznego

Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy, w okresie objętym kontrolą, działało w oparciu o *Statut* stanowiący załącznik do uchwały Nr XXI/370/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 czerwca 2012r. (z póź.zm.).

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/547/17 z dnia 20.11.2017r. w sprawie nadania *Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Psychiatrii w Morawicy*. Dokument ten został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017r. pod pozycją 3544 i wszedł w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia tj. 13.12.2017r.

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

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 *Statutu* została zgłoszona do Krajowego Rejestru Sądowego w dniu 14.12.2017r., czyli z zachowaniem ustawowego terminu.

Według informacji Kierownika Kancelarii – Barbary S., popartej dokumentami źródłowymi, w Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, obowiązywał tekst jednolity *Regulaminu Organizacyjnego* z dnia 10.11.2015r. pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną w uchwale nr 10/2015 z dnia 10.11.2015r. i wprowadzony Zarządzeniem nr 41/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 12.11.2015r. Następnie, po wyrażeniu pozytywnej opinii przez Radę Społeczną w uchwale nr 3/2017 z dnia 13.02.2017r., Dyrektor Zarządzeniem nr 8/2017 z dnia 14.02.2017r. zamieścił zmiany ww. dokumencie. Modyfikacje dotyczyły wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy bądź przepisami odrębnymi udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

(Dowód: akta kontroli str. 9-16 Zestawienie Kierownika Kancelarii, Uchwały R.S., Zarządzenia Dyrektora)

Mając na uwadze przepis 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. również regulaminów organizacyjnych do przepisów zmienionej ustawy ustalono, że Zarządzeniem wewnętrznym nr 65/2017 z dnia 20.12.2017r. Dyrektor Szpitala wprowadził Regulamin Organizacyjny po uprzednim uzyskaniu, pozytywnej opinii w uchwale nr 10/2017 Rady Społecznej z dnia 19.12.2017r.

Badanie dokumentu pozwoliło na stwierdzenie, że *Regulamin Organizacyjny Szpitala* z dnia 20.12.2017r. zawierał wszystkie elementy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej⁴ (zwana dalej u.d.l.).

Ponadto, stwierdzono, że obligatoryjne informacje zawarte w *Regulaminie Organizacyjnym*, dotyczące:

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

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

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

stosownie do art. 24 ust. 2 u.d.l., zostały podane do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala, na Jego stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że struktura organizacyjna Zakładu określona w załącznikach nr 1 i nr 2 do *Regulaminu Organizacyjnego*, w tym wykaz komórek organizacyjnych, w których prowadzona jest działalność związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – odpowiada treści Księgi rejestrowej (nr 000000014609) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

Mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 1) lit b) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, 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*, na podstawie informacji złożonej przez Kierownika Kancelarii – Barbary S. ustalono, że w okresie objętym kontrolą nie dokonano żadnych działań w ww. zakresie.

(Dowód: akta kontroli str. 17 Oświadczenie Kierownika Kancelarii)

Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosku z Wystąpienia pokontrolnego (DOZ.III.1711.10.1.2017).

Realizacja zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym i Statucie

W części I *Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.10.1.2017) wydanego po przeprowadzeniu w 2017 roku kontroli w Szpitalu, w zakresie „*Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych za 2016r.*” wniesiono o realizację wniosku pokontrolnego, o treści:

Zastosować się do zapisu art. 24 ust. 1 pkt 3. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016r.1638 t.j. ze zm.), poprzez dostosowanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego odnoszących się do struktury organizacyjnej Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy do stanu faktycznego.

W ramach czynności sprawdzających ustalono, że komórki organizacyjne: Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XII i Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XIII zostały zawarte w *Regulaminie Organizacyjnym* z dnia 20.12.2017r. ustalającym strukturę organizacyjną Szpitala.

Dodatkowo Kierownik Kancelarii – Barbara S. wyjaśniła, że zmiany zapisów *Regulaminu Organizacyjnego* w odniesieniu do nazewnictwa Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu XII oraz Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu XIII uwzględniono na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 19.12.2017r. Było to pierwsze posiedzenie Rady Społecznej po otrzymaniu przez ŚCP wystąpienia pokontrolnego. Zmiany zostały zaopiniowane Uchwałą nr 10/2017 Rady Społecznej z dnia 19.12.2017r. w sprawie wprowadzenia *Regulaminu Organizacyjnego ŚCP w Morawicy* i wprowadzone w życie Zarządzeniem nr 65/2017 Dyrektora ŚCP z dnia 20.12.2017r.

(Dowód: akta kontroli str. 18 Oświadczenie Kierownika Kancelarii)

Ocena częściowa kontrolowanej działalności

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

Pozytywna ocena odnosi się do: dostosowania, w wyznaczonym przez ustawodawcę terminie, Statutu oraz Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego do przepisów ustawy o działalności leczniczej, zgodności w zakresie struktury organizacyjnej określonej w Regulaminie Organizacyjnym w stosunku do treści zawartej w Księdze Rejestrowej, terminowym złożeniem wniosku o dokonanie zmian w KRS w związku z nadaniem przez podmiot tworzący Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Psychiatrii w Morawicy.

II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano: realizację umów z NFZ ŚOW (w tym wartość świadczeń wykonanych, niewykonanych, ugody), procedury dotyczące przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, 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, wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Poniżej szczegółowo przedstawiono ustalenia kontroli według wyżej wymienionych zagadnień.

Realizacja umów z NFZ ŚOW (w tym wartość świadczeń wykonanych, niewykonanych, ugody)

Według informacji p.o. Dyrektora Szpitala w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy, w roku 2017 realizowano 5 umów zwartych z Narodowym Funduszem Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki na łączną kwotę 55.906.457,33zł, z czego na:

- świadczenia zdrowotne m.in. w zakresie neurologii, fizjoterapii ambulatoryjnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – 52.347. 561,34 zł.
- wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek – 3.558.896,00 zł.

Jak wynika z dalszej części dokumentu ogólna kwota realizacji umów z NFZ ŚOW wyniosła 51.712.155,19 zł. co stanowiło 98,7% zawartych umów na świadczenia. Szpital zawarł ugody z NFZ ŚOW na ogólną kwotę 97.476,65 zł. zaś niewykonanie kontraktu wyniosło 635.406,11 zł. p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że przyczyna niewykonania kontraktu *w oddziałach psychiatrycznych, detoksykacji, leczenia nerwic, psychosomatycznym wynikała ze specyfiki terapii i leczenia chorób psychiatrycznych, pacjenci w trakcie pobytu w szpitalu korzystali z przepustek (wartość osobodnia na przepustce wynosi 70%). Oprócz tego łóżka w oddziale detoksykacyjnym w roku 2017 nie były obłożone w 100%. Ponadto, małe zainteresowanie zakresem świadczeń dotyczy głównie oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych i tak w oddziale psychiatrycznym D niewykonanie nie wynika z ilości pacjentów ale z realizacji świadczeń o krótkim okresie pobytu głównie z rozpoznaniem F10- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu. Wartość wykonanych świadczeń obniżają również pobytu ponad limit czasu za które płatność jest obniżona o 30 %.*

(Dowód: akta kontroli str. 19 Informacja p.o. Dyrektora wraz z zestawieniem Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Procedury dotyczące przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Stosownie do treści Statutu i Regulaminu organizacyjnego – Szpital prowadzi, działalność leczniczą rodzaju: *stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne* w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Morawicy ul. Spacerowa 5, w Kielcach ul. Jagiellońska 72 i ul. Kusocińskiego 59. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu został ogólnie określony w Regulaminie Organizacyjnym. Stosownie do § 12 ww dokumentu przyjęcie na oddział może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze w przypadkach uzasadnionych medycznie. Przyjęcia odbywają się przez Izbę Przyjęć ŚCP w Morawicy i w Kielcach

według następujących zasad:

- o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza bądź uprawnioną instytucję decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów zgoda taka nie jest konieczna;
- jeżeli w skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent kierowany do ŚCP nie może zostać przyjęty, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej, zapewnia się w miarę potrzeby przewiezienie do innej placówki;
- jeżeli przyjęcie do ŚCP nie musi nastąpić natychmiast – jak w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia – a oddział nie ma możliwości w danej chwili przyjęcia, wyznacza się termin w którym nastąpi przyjęcie.

W trakcie dalszych czynności kontrolnych ustalono, że szczegółowy przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu został uregulowany w: kartach procesów, procedurach operacyjnych i instrukcjach.

Na prośbę kontrolujących Kierownik Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu okazała procedurę związaną z procesem *postępowania z pacjentem w warunkach ambulatoryjnych* (KP- Nr 3 – wydanie II z dnia 14.12.2012r.). Z ww dokumentu wynika m.in., że:

- pacjent może zarejestrować się do lekarza specjalisty telefonicznie lub osobiście w rejestracji przychodni. W przypadku rejestracji telefonicznej pacjentowi wyznaczona zostanie godzina zgłoszenia się do przychodni;
- do lekarza specjalisty pacjent zgłasza się ze skierowaniem od lekarza po lub innego specjalisty;
- jeśli do lekarza specjalisty nie ma wolnych terminów wizyt w dniu rejestracji, pacjentowi wyznacza się inny termin przyjęcia wpisując go na listę oczekujących. W przypadku zmiany terminu przyjęcia należy pacjenta powiadomić o nowym terminie wyznaczonej wizyty;
- jeżeli stan zdrowia wymaga szybkiej interwencji lekarza, pacjenta należy przyjąć niezwłocznie.

Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych lub usług w 2017r.

Opis stanu
faktycznego

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Jadwigę T.-L., ustalono, że w okresie objętym kontrolą, w Szpitalu leczono łącznie 20 802 osoby, w tym: w oddziałach całodobowych Szpitala 10 562 pacjentów, w Oddziale Psychiatrycznym Dziennym 152, w Poradniach/Dziale 10 088 osób. W 2017r. Szpital dysponował 765 łózkami i posiadał 30 miejsc pobytu dziennego w Oddziale Psychiatrycznym Dziennym.

(Dowód: akta kontroli str. 20 Zestawienie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Biorąc pod uwagę liczbę oczekujących na udzielenie świadczeń oraz czas oczekiwania, szczegółowej analizie poddano wykonanie usług medycznych w 2017r., w sześciu oddziałach oraz w trzech poradniach, jednym dziale – funkcjonujących w określonych godzinach pracy. W oparciu o zestawienia sporządzone przez Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Jadwigę T.-L., zapisy w Księdze Rejestrowej oraz stronę internetową Szpitala ustalono, że:

- 1. Oddział Dzienny Psychiatryczny Ogólny** – rozpoczął swoją działalność w dniu 01.10.2013r., kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej: 2700. Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia farmakologicznego oraz psychoterapeutycznego zaburzeń psychicznych, terapią zajęciową psychicznie chorych, edukacją/psychoedukacją pacjentów i/lub ich rodzin. W poddanym kontroli okresie leczono 152 osoby – w: I,II,IV kwartale 2017r. liczba leczonych utrzymywała się na tym samym poziomie – 61 pacjentów, w III kwartale 2017r. uległa zmniejszeniu i wynosiła 54 leczonych. Oddział posiada 30 łóżek – wskaźnik ich wykorzystania w 2017r. osiągnął poziom 64,99%.
- 2. Oddział Psychiatryczny dla Dzieci** – funkcjonuje od 01.10.2013r., kod identyfikacyjny: 4701. Do zadań Oddziału należy: prowadzenie obserwacji i postępowania diagnostycznego, leczenie farmakologiczne oraz psychoterapeutyczne zaburzeń psychicznych. Łączna liczba leczonych w 2017r. na Oddziale wyniosła 319 pacjentów – w podziale na kwartały liczba ta oscyluje w granicach 82–98 pacjentów, przy czym najniższą liczbę leczonych notuje się w III kwartale.

Komórka wyposażona jest w 18 łóżek – wskaźnik ich obłożenia w 2017 r. wyniósł 100,09 %⁵.

- 3. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XII** – rozpoczął działalność w dniu 12.04.2006r., wpisany z kodem: 4744. W Oddziale diagnozuje, leczy i rehabilituje się pacjentów uzależnionych od alkoholu. W badanym okresie leczono łącznie 735 osób. W II i III kwartale 2017r. obserwuje się zwiększenie liczby leczonych pacjentów w porównaniu do I i IV kwartału 2017r. W II kwartale obserwuje się najwyższą liczbę leczonych (233), najniższą w I kwartale (168). Liczba łóżek 59 – wskaźnik ich obłożenia w 2017 r. wyniósł 104,80 %⁶.
- 4. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XIII** – rozpoczął działalność w dniu 12.04.2006r., nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 4744. Oddział zajmuje się diagnozując, leczeniem i rehabilitacją pacjentów uzależnionych od alkoholu przyjętych do oddziału. W okresie objętym kontrolą leczono łącznie 1135 pacjentów – w podziale na kwartały liczba ta oscyluje w granicy 359-371 osób z tym, że największą liczbę zanotowano w III kwartale, najniższą zaś w IV kwartale 2017r. Oddział liczy 107 łóżek – wskaźnik ich obłożenia w 2017 r. wyniósł 102,94 %⁷.
- 5. Oddział Psychiatryczny B** – rozpoczął działalność w dniu 01.09.2014r., nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 4700. Zadaniem Oddziału jest m.in. diagnostyka i leczenie farmakologiczne oraz psychoterapeutyczne zaburzeń psychicznych, terapia zajęciowa psychicznie chorych, edukacja/psychoedukacja pacjentów i/lub ich rodzin. W okresie objętym kontrolą leczono łącznie 1675 pacjentów. Biorąc pod uwagę podział kwartalny roku, największą liczbę pacjentów odnotowano w I i II kwartale 2017r. tj. 533 leczonych, najniższą zaś w IV kwartale 2017r. – 451 osób. Liczba łóżek 112. – wskaźnik ich obłożenia w 2017 r. wyniósł 113,95 %⁸.
- 6. Oddział Psychiatryczny C** – rozpoczął działalność w dniu 01.08.2013r., nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 4700. Do zadań Oddziału należy: diagnoza, leczenie i rehabilitacja pacjentów uzależnionych

⁵ - ⁸ - średnie obłożenie łóżek powyżej 100 % oznacza, że liczba pacjentów hospitalizowanych przekroczyła liczbę łóżek, które uzupełniono łózkami zapasowymi.

od alkoholu. W okresie objętym kontrolą leczono łącznie 1592 pacjentów, z czego w II kwartale najwięcej osób tj. 510, najmniej w IV kwartale – 419. Oddział liczy 112 łóżek – wskaźnik ich obłożenia w 2017 r. wyniósł 100,71 %⁹.

- 7. Poradnia Neurologiczna** – rozpoczęła działalność w dniu 21.08.1976r., pod nr kodu: 1220. W ww. komórce świadczone są usługi kompleksowego organizowania i udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej tj. porady, konsultacje, wykonywanie świadczeń zabiegowych i diagnostycznych. Z usług Poradni w 2017r. skorzystało 1729 osób, co stanowiło 17,13% liczby leczonych w poradniach/dziale. W badanym czasie udzielono 3767 porad. Bazując na danych za I i IV kwartał zauważyć można, iż największą liczbę udzielonych porad odnotowano w ramach świadczeń specjalistycznych 1-go typu tj. pacjenci pierwszorazowi (547, 548).

Zgodnie z informacjami umieszczonymi na portalu Potencjału NFZ w zderzeniu z zestawieniem przedstawionym w trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w 2017r. świadczenia zdrowotne były udzielane 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 -14:35, w czwartek 07:25-18:00. Pacjenci przyjmowani byli przez dwóch lekarzy posiadających specjalizację w zakresie neurologii (I i II stopnia).

- 8. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci** – rozpoczęła działalność 01.10.2013r., nr kodu resorowego 1701. W ramach Poradni świadczone są usługi kompleksowego diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych wieku dziecięcego i okresu adolescencji (0 – 18 r.ż.). Ze świadczeń w Poradni skorzystało 1227 osób stanowiących 12,16 % ogółu pacjentów leczonych w poradniach/dziale. W badanym czasie udzielono łącznie 4568 porad, co stanowiło 5,6% wszystkich porad/zabiegów. Największą liczbę porad odnotowano w ramach porady lekarskiej terapeutycznej – I kwartał – 556 porad, IV kwartał – 510 porad. W 2017r. świadczenia zdrowotne były udzielane 5 dni w tygodniu: poniedziałek, czwartek i piątek w godzinach 07:00-14:35, wtorek 07:00-20:00, środa 7:00-19:00. Pacjentów przyjmowało dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii, psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży.

⁹ - średnie obłożenie łóżek powyżej 100 % oznacza, że liczba pacjentów hospitalizowanych przekroczyła liczbę łóżek, które uzupełniono łózkami zapasowymi

- 9. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych** – rozpoczęła działalność 01.10.2013r., nr kodu resorowego 1700. W ramach Poradni świadczone są usługi z zakresu kompleksowego organizowania i udzielania świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych i psychologicznych. W Poradni w 2017r. leczonych było 3527 pacjentów co stanowiło 34,9% ogółu pacjentów leczonych w poradniach/dziale. W badanym czasie udzielono łącznie 14 717 porad – w IV kwartale obserwuje się spadek o 547 w porównaniu do I kwartału (IV kwartał – 3559 porad, I kwartał – 4106). Największą liczbę porad odnotowano w ramach porady lekarskiej kontrolnej – I kwartał 2052 porad, IV kwartał 1799 porad. W 2017r. świadczenia zdrowotne były udzielane 5 dni w tygodniu od poniedziałku do czwartku w godzinach 07:00-20:00, piątek 07:00-14:35. Pacjenci przyjmowani byli przez sześciu lekarzy – specjalistów w zakresie psychiatrii (I i II stopnia).
- 10. Dział Fizjoterapii** – rozpoczął działalność 01.01.2008r., nr kodu resorowego 1310. Komórka ta zapewnia specjalistyczne świadczenia zdrowotne poprzez m.in. usprawnianie fizyczne, prowadzenie gimnastyki leczniczej oraz wykonywanie zabiegów fizykalnych, balneologicznych i masaży. W badanym czasie ze świadczeń udzielonych w Dziale Fizjoterapii skorzystało 963 pacjentów, wykonano łącznie 38258 porad/zabiegów co stanowiło 47,2% wszystkich udzielonych porad/zabiegów. W IV kwartale 2017r. obserwuje się wzrost o 470 zabiegów w porównaniu do I kwartału 2017r. (IV kwartale 10 292, w I kwartale 9 822). Największą liczbę zabiegów odnotowano w ramach zabiegu laseroterapii tj. I kwartał 1893, IV kwartał 2108. Ustalono, że w 2017 roku świadczenia zdrowotne były udzielane 5 dni w tygodniu od poniedziałku do środy w godzinach 07:00-14:35, czwartek-piątek 07:00-18:00

(Dowód: akta kontroli str. 21-28 Zestawienia Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu, Starszego Inspektora ds. Kadr)

Na podstawie przedłożonego zestawienia *Odmowy przyjęcia pacjenta* sporządzonego przez Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Jadwigę T.-L. ustalono, że w badanym okresie z powodu braku wskazań do hospitalizacji lub braku zgody pacjenta odmówiono przyjęcia 2966 pacjentom w tym: na Izbie Przyjęć – 1597, Izbie Przyjęć K – 1369. Jak wynika z dalszej części dokumentu wśród odmów przyjęć największą liczbę stanowili pacjenci z rozpoznaniem F10 - *zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu: Izba Przyjęć – 1117 pacjentów, Izba Przyjęć K – 958 pacjentów.*

Jak poinformowała Kierownik Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu wśród odmów zdarzały się również pojedyncze przypadki odmawiania przyjęcia do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii pacjentów kierowanych z oddziałów innych szpitali. Przyczyną odmowy był niestabilny stan somatyczny i konieczność dalszego leczenia w innych oddziałach niż oddziały psychiatryczne ze względu na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. Pacjenci ci po stabilizacji stanu somatycznego byli przyjmowani do naszego szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 29 Zestawienie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Opis stanu
faktycznego

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

Stosownie do art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych¹⁰ (zwana dalej 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 zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹¹, Zakład powinien przysyłać co miesiąc do NFZ ŚOW informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, obejmującą: liczbę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym.

Mając powyższe na względzie Kierownik Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu Jadwiga T.-L. oświadczyła, że *listy oczekujących na udzielenie świadczeń obejmujące listę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym przekazywane są comiesięcznie do Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach zgodnie z określonymi przepisami prawa w tym zakresie.*

(Dowód: akta kontroli str. 30 Oświadczenie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

¹⁰ Ustawa z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j. ze zm.)

¹¹ 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.).

W toku czynności kontrolnych przedstawiono przykładowy screen komunikatu kolejek oczekujących. Ponadto ustalono, że w podmiocie leczniczym listy prowadzone są w formie elektronicznej w ramach systemu informatycznego KS - PPS. Miejscem ich przechowywania jest serwer Szpitala.

Na podstawie danych przygotowanych przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Lilię K. w zderzeniu z wydrukami raportów kolejek oczekujących ustalono, że w 2017r. spośród 12 Oddziałów Szpitala nieznaczne kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych zaobserwowano jedynie w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym.

W badanym czasie ww Oddziale – najwięcej oczekujących odnotowano w II kwartale i IV kwartale 2017r. odpowiednio: – 11 pacjentów stabilnych, średni czas oczekiwania 25 dni, – 10 pacjentów, średni czas oczekiwania 26 dni. Na przestrzeni 2017r. nie zaznaczono przypadków pilnych.

Jak wynika z dalszej części dokumentu, w okresie poddanym kontroli, kolejek oczekujących nie zarejestrowano w Poradni Leczenia Uzależnień, natomiast pacjenci na przyjęcie oczekiwali do: Poradni Neurologicznej, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, Poradni Zdrowia Psychicznego, Działu Fizjoterapii.

Największą liczbę oczekujących odnotowano w Dziale Fizjoterapii:

- za I kwartał 1087, średni czas oczekiwania 81 dni,
- za II kwartał 1151, średni czas oczekiwania 92 dni,
- za III kwartał 1216, średni czas oczekiwania 99 dni,
- za IV kwartał 1048, średni czas oczekiwania 115 dni.

Wszyscy pacjenci zostali skategoryzowani jako „stabilni”, niewielu pacjentów zaliczono do przypadków „pilnych” (I, II, IV kwartał).

W Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci kolejka oczekujących utrzymywała się przez cały 2017r. na równym poziomie:

- za I kwartał 51 pacjentów stabilnych, średni czas oczekiwania 13 dni,

- za II kwartał 47 pacjentów stabilnych, średni czas oczekiwania 14 dni,
- za III kwartał 43 pacjentów stabilnych, średni czas oczekiwania 14 dni,
- IV kwartał 45 pacjentów stabilnych, średni czas oczekiwania 15 dni.

W Poradni nie zakwalifikowano pacjentów do kategorii przypadków pilnych.

W pozostałych komórkach liczba oczekujących (przypadki stabilne) była nieznaczna, przypadków pilnych nie odnotowano.

(Dowód: akta kontroli str. 31-32 Zestawienie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Na pytanie kontrolujących co było przyczyną istniejących kolejek oczekujących p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że *Największa liczba pacjentów w kolejce „oczekujących” występuje w Dziale Fizjoterapii. Powodem takiego stanu jest zbyt niski kontrakt zawarty na rok 2017 z Narodowym Funduszem Zdrowia (17 445 zł/m-c), który uniemożliwia zatrudnić większą liczbę personelu do przeprowadzenia zabiegów fizjoterapeutycznych. W roku 2017 zapisanych do kolejki oczekujących było 1239 pacjentów, z czego realizacja świadczeń odbyła się dla 1094 pacjentów. Pozostali pacjenci z różnych powodów niezależnych od ŚCP nie skorzystali ze świadczeń.*

W pozostałych komórkach medycznych, w których występują kolejki (Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych w Kielcach, Poradnia Zdrowia Psychicznego w Morawicy, Poradnia Neurologiczna, Oddział Dzienny Psychiatryczny), liczba pacjentów oczekujących na pierwszą wizytę nie jest duża, średni czas oczekiwania w granicach normy do 14 dni.

(Dowód: akta kontroli str.33 Oświadczenie p.o. Dyrektora Szpitala)

Na prośbę kontrolujących przedstawiono informacje o liczbie skreślonych pacjentów z list oczekujących w 2017r z podziałem na liczbę wykonanych świadczeń, rezygnacji pacjenta, niezgłoszenia się pacjenta, inne.:

Nazwa komórki	Liczba skreślonych pacjentów z list oczekujących				
	Skreślonych razem	Wykonanie świadczeń	Rezygnacja pacjenta	Niezgłoszenie się pacjenta	Inna przyczyna
Oddział Dzienny Psychiatryczny	30	22	2	6	0
Poradnia Neurologiczna	373	330	13	30	0
Poradnia Zdrowia Psychicznego	26	19	2	5	0

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci	372	207	20	145	0
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych	293	217	9	66	1
Dział Fizjoterapii	1239	1094	50	82	13

Z ww zestawienia tabelarycznego wynika, że największą liczbę skreślonych stanowią pacjenci Działu Fizjoterapii – 1239 osób.

Na podstawie informacji uzyskanej od Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47 c u.ś.o.z.

(Dowód: akta kontroli str. 34 Oświadczenie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Zarządzeniem wewnętrznym nr 37/2012 z dnia 02.07.2012r. zmienionym Zarządzeniem nr 26/2017 z dnia 08.05.2017r. Dyrektor Szpitala powołał *Zespół Oceny Przyjęć*. Analiza ww dokumentów pozwoliła na ustalenie, że do kwietnia 2017r. w skład *Zespołu*¹² wchodził lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii oraz pielęgniarka naczelna. Natomiast Zarządzeniem nr 26/2017 z dnia 08.05.2017r. został zmieniony skład *Zespołu* poprzez uwzględnienie w nim m.in. Z-cy Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Lili K., która, wg oświadczenia Kierownika ww Działu, *nie wykonuje zawodu medycznego. Powołanie Pani Lili K. do składu Zespołu było związane z tym, że nadzoruje Ona prawidłowe przygotowanie i przekazywanie kolejek oczekujących do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ww osoba nie bierze bezpośredniego udziału w ustalaniu kolejności przyjęć zgodnie z kategoriami medycznymi.*

(Dowód: akta kontroli str. 35-39 Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 26/2017 z dn. 08.05.2017r., Oświadczenie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Powyższe, zdaniem kontrolujących, stoi w sprzeczności z art. 21 ust. 2 u.o.ś.z., który ma charakter enumeratywny jeśli chodzi o wyliczanie składu zespołu. Ustawodawca nie posłużył się w zdaniu wstępnym do wyliczenia sformułowaniami takimi

¹² Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy jest Szpitalem o profilu niezabiegowym.

jak „w szczególności”, „co najmniej”. Dlatego też literalne brzmienie przepisu wyklucza dołączanie do składu osób niespełniających wskazanych kryteriów. Legislator określając skład zespołu przewidział jedynie osoby wykonujące zawód medyczny i jest w tym konsekwentny, skoro 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 świadczeniodawcy¹³.

W Zarządzeniu z dnia 08.05.2017r. określono, że Zespół przeprowadza 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. Zespół, według ww. dokumentu dokonuje oceny list oczekujących jeden raz w miesiącu i każdorazowo sporządza raport, który przedstawia Dyrektorowi Szpitala.

Biorąc powyższe po uwagę, na podstawie okazanej dokumentacji ustalono, że w badanym okresie odbyło się 12 posiedzeń – raz w miesiącu. Każde z nich zostało udokumentowane *Protokołem* sporządzonym w oparciu o informacje zawarte w wydrukach kolejek oczekujących za poszczególne miesiące. Dokumenty zawierały elementy wymagane przez ustawodawcę w zakresie oceny list oczekujących. W żadnej z ocen nie wykazano nieprawidłowości prowadzenia dokumentacji dotyczącej list pacjentów oczekujących.

Zgodnie z oświadczeniem złożonym przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa *raporty z oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń za okres styczeń-grudzień 2017r. każdorazowo były przedstawiane Dyrektorowi ŚCP w Morawicy.*

(Dowód: Akta kontroli str. 40 Oświadczenie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)

¹³ Publikacja LEX QA 493086 z 14.11.2014r.

Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji wniosku z Wystąpienia pokontrolnego (DOZ.III.1711.10.1.2017).

Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

W części II *Wystąpienia pokontrolnego* (DOZ.III.1711.10.1.2017) wydanego po przeprowadzeniu w 2017 roku kontroli w Szpitalu, w zakresie „Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych za 2016r.” wniesiono o realizację wniosku pokontrolnego, o treści:

Dokonywać należy oceny list oczekujących pod kątem czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone szczegółowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach czynności sprawdzających, na podstawie przedstawionych *Protokołów* ustalono, że *Zespół* dostosował się do wydanego zalecenia i dokonywał oceny list oczekujących m.in. pod względem czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla świadczeniobiorców zakwalifikowanych zarówno do odpowiedniej kategorii medycznej „przypadek stabilny” i „przypadek pilny”.

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

Opis stanu faktycznego

Według *Oświadczenia* p.o. Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy – w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono konkursów na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.02.2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

(Dowód: akta kontroli str. 41 Oświadczenie p.o. Dyrektora Szpitala)

Sprawdzenie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne i zawarcie umów

Opis stanu
faktycznego

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 Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu – Jadwigi T.- L., Szpital przeprowadził łącznie 18 postępowań na realizację świadczeń zdrowotnych, w tym: 3 – w trybie konkursowym na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu oraz 15 postępowań – w trybie pozakonkursowym na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu i podmiotom zewnętrznym. W efekcie ww. działań Szpital zawarł łącznie 31 umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Z przygotowanego zestawienia wynika, że łączna wartość zrealizowanych w 2017r. umów opiewa na kwotę 304.011,47 zł. w tym:

- 209.181,28 zł. za wykonane świadczenia według umów podpisanych z personelem medycznym;
- 94.830,19 zł. stanowi wartość zrealizowanych umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi.

(Dowód: akta kontroli str. 42 Zestawienie Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Badaniem objęto jedno postępowanie przeprowadzone w trybie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji specjalistycznych na rzecz pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy. Zamówienie obejmowało sześć następujących zadań: zadanie nr 1 – opis badań TK, zadanie nr 2 – konsultacje chirurgiczne, zadanie nr 3 – konsultacje pulmonologiczne, zadanie nr 4 – konsultacje internistyczne,

zadanie nr 5 – konsultacje neurologii dziecięcej, zadanie nr 6 – świadczenia anestezyjologiczne w zakresie leczenia elektrowstrząsami.

W oparciu o kontrolę okazanej dokumentacji ustalono, że stosownie do art. 26 a u.d.z.l. wytypowane do badania postępowanie w zakresie ww. zadań zostało poprzedzone ustaleniem wartości szacunkowej sporządzonej przez Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu, zatwierdzonej przez Głównego Księgowego i Dyrektora Szpitala w dniu 14.11.2016r.

Zarządzeniem Nr 48/2016 z dnia 15.11.2016r. Dyrektor Szpitala powołał 3 – osobową Komisję do przeprowadzenia postępowania konkursowego na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji specjalistycznych na oddziałach ŚCP w Morawicy.

Ogłoszenie o konkursie ofert wraz ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji specjalistycznych zostało upublicznione na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala w dniu 15.11.2016r. Analiza dokumentów wykazała, że w pkt III lit. c) ogłoszenia Udzielający zamówienia wymagał aby oferta zawierała m.in. *aktualny odpis z właściwego rejestru (KRS lub zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich* natomiast w szczegółowych warunkach konkursu (część II, pkt 7, lit. c)) zapisano, że *oferta musi zawierać m.in. aktualny wpis do właściwego krajowego Rejestru Sądowego lub wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.*

(Dowód: akta kontroli str. 43-49 Ogłoszenie o konkursie ofert i Szczegółowe warunki konkursu ofert)

Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia – Agata Z. wyjaśniła, że *W ogłoszeniu pomyłkowo zamieszczono zapis, że do oferty należy załączyć „zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich”.* Zgodnie z *Rozdziałem II pkt 7c) Szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne, należało złożyć aktualny wpis do właściwego Krajowego Rejestru Sądowego lub wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.* *W trakcie toczącego się postępowania konkursowego żaden z potencjalnych Wykonawców*

nie zadał pytania w tym zakresie, a w złożonych ofertach znajdowały się prawidłowe dokumenty.

(Dowód: akta kontroli str. 50 Wyjaśnienie Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia)

Dalsza kontrola wykazała, że dokonując opisu przedmiotu zamówienia, Szpital nie podał nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień –CPV zarówno w *Ogłoszeniu o konkursie ofert na świadczenia zdrowotne* jak i w *Szczegółowych warunkach konkursu ofert na świadczenia zdrowotne*, czyli wbrew art. 26 ust. 4 u.d.l. w związku z 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 określony 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).*

(Dowód: akta kontroli patrz str. 43-49)

Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia – Agata Z. udzieliła w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że *W przedmiotowym konkursie nie opisano liczbowo kodów CPV, ale szczegółowe wymagania tj. opis przedmiotu zamówienia zastosowano w oparciu o kody CPV. Tylko przez pomyłkę nie wpisano ich w ogłoszeniu i szczegółowych warunkach konkursu.*

(Dowód: akta kontroli str. 51 Wyjaśnienie Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, kontrolujący wskazują, że kody CPV ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień są zamieszczane po to aby umożliwiły jednoznaczne określenie przedmiotu zamówienia zwłaszcza dla tych zamówień, które np. zgodnie z art. 26 ust.4 u.d.l. w związku z art.151 ust.6 u.ś.o.z. podlegają publikacji w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej (TED).

Dodatkowo podkreślają, że celem stosowania kodów CPV, w ramach opisu przedmiotu zamówienia jest wykluczenie, przede wszystkim u wykonawców z państw członkowskich Unii Europejskiej, wszelkich wątpliwości, a także umożliwienie im łatwego zorientowania się, co obejmuje przedmiot zamówienia.

W trakcie kontroli ustalono, że w prowadzonym postępowaniu Udzielający zamówienia zastosował jedno spośród pięciu kryteriów oceny ofert tj.: cena, czyli niezgodnie z art. 148 ust. 1 u.ś.o.z, który określa, że *porównanie ofert w toku postępowania w sprawie*

zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 43-49)

Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia – Agata Z. wyjaśniła, że Udzielający zamówienia w przedmiotowym postępowaniu nie wymienił wprost wszystkich kryteriów oceny ofert, gdyż opisano je jako wymagania konieczne do udziału w konkursie. Kryteria jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość zostały wskazane w Warunkach konkursu poprzez opisanie wymagań stanowiących jednocześnie wymagania minimalne i maksymalne w odniesieniu do potrzeb szpitala.

Kryterium jakość

W Rozdz. II pkt. 7f) Szczegółowych warunków Udzielający zamówienia wymagał od Wykonawców Dyplomu Akademii Medycznej potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty, co gwarantuje możliwość należytego udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot zamówienia, przez wykwalifikowany personel oraz liczbę personelu niezbędnego do należytego wykonania świadczeń (możliwość wyboru większej liczby ofert odpowiadających zabezpieczeniu prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych – Rozdz. IV pkt 2 SWK)

Kryterium Kompleksowość

W Szczegółowych warunkach konkursu zapewniliśmy realizację wszystkich świadczeń wskazanych w ogłoszeniu oraz realizację umów przez 3 lata.

Kryterium dostępność i ciągłość

Udzielający zamówienia w ogłoszeniu i szczegółowych warunkach konkursu określił wymóg gotowości Wykonawcy do realizacji zamówienia na każde telefoniczne zgłoszenie potrzeby konsultacji pacjenta, czyli dostępność konsultacji 24 godziny na dobę. Przez powyższe zachowano również organizację świadczeń medycznych zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia.

(Dowód: akta sprawy str. 52 Wyjaśnienie Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia)

Odnosząc się do ww cytowanych wyjaśnień kontrolujący wskazują na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26.02.2015r. sygn. IIGSK 2212/13, 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. (...) Prezes

*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 postępowań. (...) Na gruncie art. 148 pkt 1 i 2 u.ś.o.z. porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej musi uwzględniać wskazane w tym przepisie kryteria oceny ofert, zatem w postępowaniu organy NFZ muszą odnieść się do wszystkich określonych w tym przepisie parametrów wykonania świadczenia (...)*¹⁴.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie w wymaganym terminie, czyli do 23.11.2016r. do godz.10.00 wpłynęło łącznie osiem ofert po jednej w zadaniu: nr 1, nr 2, nr 3, nr 5 i po dwie w zadaniu: nr 4 i nr 6, które zawierały: wypełniony formularz ofertowy według ustalonego wzoru, parafowany wzór umowy, wyciąg z CEIDG lub KRS, wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, kserokopię aktualnej polisy potwierdzającej ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osoby (dyplom ukończenia Akademii Medycznej, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu oraz uzyskania tytułu specjalisty w danym zakresie), czyli wszystkie te dokumenty, które były wymagane przez Udzielającego zamówienia.

W wyniku oceny złożonych ofert, Komisja konkursowa uznała, że poza jedną ofertą pozostałe spełniają określone wymagania – informacja w tym temacie została zamieszczona w dniu 28.11.2016r. na stronie internetowej www.morawica.com.pl i na tablicy ogłoszeń w siedzibie szpitala.

Efektom przeprowadzonego postępowania było podpisanie łącznie siedem umów. Szczegółowej analizie poddano wykonanie umów: nr EZZ-252-24/1/2016 i nr EZZ-252-24/5/2016 zawartych w dniu 20.12.2016r. z:

- Andrzejem B. prowadzącym działalność gospodarczą pn. Specjalistyczna Praktyka Lekarska z siedzibą w Czerwonej Górze,
- Beatą N.-G. prowadzącą działalność gospodarczą pn. Prywatny Gabinet Lekarski z/s w Kielcach.

Termin obowiązywania ww umów ustalono od 01.01.2017r. do 31.12.2019r.

¹⁴ Wyrok NSA z dnia 26.02.2015r. syg. akt II GSK 2212/13

Strony umowy nr EZZ-252-24/1/2016 z dnia 20.12.2016r. ustaliły, że częstotliwość wykonywania konsultacji chirurgicznych dla pacjentów oddziałów szpitalnych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii będzie następowała stosownie do potrzeb po uprzednim telefonicznym zgłoszeniu i określeniu terminu przez lekarzy oddziałów szpitalnych. Udzielający Zamówienia zobowiązał się wypłacić Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości 45,00 zł. brutto za jedną konsultację. Umowa przewidywała 30 – dniowy termin regulowania zobowiązania od daty otrzymania faktury wraz z wykazem zrealizowanych usług.

Na podstawie okazanych faktur nr 10/2017 z dnia 07.02.2017r., nr 15/2017 z dnia 15.03.2017r., nr 20/2017 z dnia 05.04.2017r., nr 25/2017 z dnia 10.05.2017r., 29/2017 z dnia 07.06.2017r., nr 35/2017 z dnia 05.07.2017r., nr 41/2017 z dnia 09.08.2017r., nr 46/2017 z dnia 05.09.2017r., nr 51/2017 z dnia 04.10.2017r., nr 57/2017 z dnia 08.11.2017r., nr 62/2017 z dnia 06.12.2017r., nr 5/2018 z dnia 05.01.2018r. wystawionych na łączną kwotę 13 680,00 zł., wykazów oraz przelewów bankowych ustalono, że Szpital w terminie dokonywał płatności za udzielone usługi.

W przypadku umowy nr EZZ- 252-24/5/2016 z dnia 20.12.2016r. Strony ustaliły, że Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwało wynagrodzenie w kwocie 80,00 zł. brutto za wykonanie jednej konsultacji z zakresu neurologii dziecięcej. Umowa określała termin płatności za wykonane świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury z dołączonym zestawieniem zrealizowanych usług. W oparciu o przedstawione faktury nr 19/17 z dnia 04.04.2017r.,nr 24/17 z dnia 02.05.2017r., nr 30/17 z dnia 05.06.2017r., nr 38/17 z dnia 11.07.2017r., nr 48/17 z dnia 06.09.2017r., nr 58/17 z dnia 03.11.2017r., nr 67/17 z dnia 06.12.2017r., 69/17 z dnia 30.12.2017r. wystawione na łączną kwotę 2 320,00 zł. wraz z zestawieniami wykonanych świadczeń i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonym umową 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 2017 roku (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że *Zasady przyjmowania interesantów – skargi i wnioski* zostały

ogólnie uregulowane w § 21 Regulaminu Organizacyjnego natomiast szczegółowo w Zarządzeniu nr 65/12 z dnia 06.12.2012r. zmienionym Zarządzeniem 35/2017 z dnia 12.06.2017r. Dyrektora ŚCP w Morawicy – załącznik nr 1. Stosownie do ww. aktu pacjent lub jego rodzina/ opiekun może zgłosić skargę lub wniosek ustny lub pisemny. Skargi i wnioski podlegają wpisowi do Rejestru wpływających skarg i wniosków znajdujących się w Kancelarii Szpitala. Rozpatrzenie skargi lub wniosku powinno nastąpić w nieprzekraczalnym terminie 30 dni od daty jej wniesienia.

Według informacji sporządzonej przez Kierownika Kancelarii – Barbary S. w 2017r. do Dyrekcji Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wpłynęło dziewięć skarg wniesionych przez osoby korzystające ze świadczeń medycznych w Szpitalu z tym, że siedem dotyczyło spraw podlegających nadzorowi medycznemu, dwie skargi nie były związane z procesem medycznym. W wyniku postępowań wyjaśniających uznano je za niezadane.

(Dowód: akta kontroli str. 53-54 Informacja wraz z Zestawieniem Kierownika Kancelarii)

Badaniu poddano obydwie skargi zarejestrowane w *Rejestrze Wpływających Skarg i Wniosków* złożone przez:

- matkę pacjentki Oddziału Psychiatrii Dziecięcej z datą wpływu 12.06.2017r. Przedmiotem skargi było zaniedbanie ze strony Kierownika Oddziału poprzez nienależyte wykonywanie zadań i przewlekłe, biurokratyczne załatwienie spraw. Według skarżącej, Kierownik Oddziału przekładała termin przyjęcia jej córki chorej na autyzm, która wymagała przebywania w warunkach izolacyjnych wraz z rodzicem. Kierownik Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci wytłumaczyła, że pacjentkę przyjęto w terminie późniejszym z uwagi na fakt wysokiego stanu pacjentów w Oddziale oraz zajętej izolatki. Odpowiedź w sprawie została wysłana do skarżącej w terminie 27.06.2017r.;
- Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Wydział do Spraw Zdrowia w Warszawie z datą wpływu 17.08.2017r. Skarga dotyczyła byłej pacjentki Oddziału Psychiatrycznego C, która skarżyła się na doświadczenie przemocy ze strony personelu szpitala, a także stosowania przez personel eksperymentów na pacjentach. W dniu 25.08.2017r. Dyrektor Szpitala przesłał odpowiedź do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, informując, że *zarzuty zawarte w skardze są niezasadne – szpital nie stosuje*

żadnych eksperymentalnych metod leczenia, a w stosunku do personelu nie wpłynęły żadne skargi/uwagi od innych pacjentów, które świadczyłyby o rzekomej przemocy.

Z ustaleń kontroli wynika, że wyżej opisane skargi zostały rozpatrzone z zachowaniem ustawowego terminu, określonego w art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960r.¹⁵

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, kontrolujący ustalili, że ww. skargi zostały przedstawione Radzie Społecznej w dniu 24.04.2018r. o czym świadczył okazany protokół nr 2/2018 z posiedzenia Rady.

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

Opis stanu faktycznego

Zarządzeniem nr 22/26 z dnia 18.04.2016r. Dyrektor Szpitala powołał Zespół ds. ankietowych w składzie: Specjalista ds. Epidemiologii, Kierownik Izby Przyjęć, Kierownik Działu Diagnostyki i Terapii Psychologicznej, Kierownik Poradni Leczenia Uzależnień, Kierownik Działu Terapii Zajęciowej, Kierownik WOTUiW, Kierownik Działu Fizjoterapii, Kierownik Bloku Żywienia, Pielęgniarka Koordynująca Przychodni Specjalistycznej, Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu. Stosownie do ww. dokumentu Zespół został zobowiązany do: *opracowywania ankiet/badań satysfakcji pacjentów i analizowanie ich wyników, przekazywanie wniosków z analizy badań Dyrektorowi Szpitala i kierownikom komórek organizacyjnych, udział przedstawiciela zespołu w corocznym przeglądzie zarządzania.*

W toku czynności kontrolnych przedstawiono: *formularze ankiet, protokół z posiedzenia Zespołu ds. badań ankietowych.*

Na podstawie dokumentu pn *Analiza wskaźnikowa ankiet* ustalono, że w 2017r. wydano 2 715 ankiet, zwrócono – 2435, co stanowiło 89,7%. Ogólna ocena w zakresie usług świadczonych w szpitalu w tym m.in. postępowanie z pacjentem: w izbie przyjęć, w oddziale, w warunkach ambulatoryjnych; opieka: lekarska, pielęgniarska,

¹⁵ ustawa z dn. 14.06.1960r.Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2017.1257 tj. ze zm)

psychologiczna, rehabilitacja utrzymywała się na wysokim poziomie (94,55 % - 100 %). Niskie oceny dotyczyły jakości żywienia w Szpitalu (71,53 %).

(Dowód: akta kontroli str. 55 Analiza wskaźnikowa ankiet satysfakcji za rok 2017r.)

Według informacji z *Zestawienia* przygotowanego przez Kierownika Kancelarii – Barbarę S., potwierdzonej dokumentem źródłowym wykazano, że w okresie objętym kontrolą, Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy posiadało Certyfikat ISO 9001:2008 w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień. Dokument ten ważny jest od 05.03.2016r. do 14.09.2018r.

(Dowód: akta kontroli str. 56 Zestawienie Kierownika Kancelarii)

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 Kierownika Działu Technicznego – Dariusza J. w 2017 r. Szpital posiadał łącznie 187 pozycji aparatury i sprzętu i medycznego.

(Dowód: akta kontroli str. 57-58 Informacja Kierownika Działu Technicznego)

Zasady nadzorowania aparatury medycznej zostały ustalone w Procedurze operacyjnej PO – 27 z dnia 29.12.2015r. pt. *Nadzorowanie infrastruktury zakładu* zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala. W dokumencie tym wskazano m.in., że przegląd aparatury medycznej odbywa się raz w roku przez wyspecjalizowany serwis. Po dokonanych przeglądach indywidualnie dla każdego urządzenia wystawiane jest świadectwo stanu technicznego aparatury medycznej.

W trakcie czynności kontrolnych Kierownik Działu Technicznego przedstawił harmonogram przeglądu urządzeń za 2017 rok, który obejmował nazwę, typ i numer fabryczny urządzenia, jego lokalizację i termin planowanego przeglądu.

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, obowiązywała instrukcja pn. „*Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej*” – wydanie VII z dnia 11.01.2016r. zatwierdzona przez Kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej. Z przedstawionego dokumentu wynika m.in., że w Pracowni przeprowadzana jest, przy pomocy testów,

kontrola sprawności aparatury rentgenowskiej, ciemni, kaset, negatoskopu oraz stałe kontrolowanie procesów ciemniowych. Ponadto, że w Pracowni prowadzone są ewidencje: dawek promieniowania jonizującego, szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej, orzeczeń lekarskich, konserwacji i napraw rtg i tomografu komputerowego, wywoływarki automatycznej i sprzętu do przeprowadzania testów jakości. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa radiologicznego w 2017r. sprawowała osoba posiadająca uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej typu R nadane Decyzją nr 79R/2015 z dnia 13.02.2015r. Głównego Inspektora Sanitarnego.

Na podstawie informacji złożonej przez Kierownika Działu Technicznego – Dariusza J. ustalono, że w 2017 roku Szpital podpisał dwie umowy serwisowe:

Lp.	Numer umowy i data zawarcia	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy
1.	EZP-18/BP/2017 z dnia 25.08.2017r.	PHU Technomex Sp. z o.o.	<i>Wykonanie przeglądu stanu technicznego urządzeń medycznych znajdujących się w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Kielcach przy ul. Kusocińskiego 59</i>
2.	EZP-22/BP/2017 z dnia 26.10.2017r.	PHU Technomex Sp. z o.o.	<i>Wykonanie przeglądu stanu technicznego urządzeń medycznych znajdujących się w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy przy ul. Spacerowej 15</i>

Z ww. informacji wynikało również, że w 2017r. w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy obowiązywały dwie umowy – nr EZP-14/BP/2015 z dnia 01.09.2015r., nr EZP-15/BP/2016 z dnia 22.08.2016r. , które dotyczyły: przeglądu stanu technicznego i serwisowania aparatu RTG i tomografu komputerowego.

Natomiast do sierpnia i października 2017r. wykonaniem przeglądu sprzętu medycznego w ramach umów: nr ET-072-15/2016 i nr EZP-26/BP/2016 z dnia 2.12.2016 zajmowała się firma PHU Technomex Sp. z o.o. z /s w Gliwicach.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 57-58)

Z Zestawienia analitycznego kont: 402-23 – naprawa sprzętu medycznego, 402-24 – opłaty serwisowe sprzętu medycznego, 402-22 – konserwacja sprzętu medycznego za rok 2017 wynika, że Szpital w 2017r. poniósł koszty z ww. tytułu odpowiednio w wysokości: 3 493,20 zł., 21 623,40 zł., 22 780,86 zł. Łączna kwota z tytułu napraw, opłat serwisowych i konserwacji sprzętu w 2017 r. wyniosła 47 897,46 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 59-62 Zestawienia 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 medycznych¹⁶. Wyrzykowej kontroli poddano paszporty techniczne, świadectwa jakości niżej wymienionej pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- zestaw RTG – typ BK – 120MX, nr seryjny 0262P07504, rok produkcji 2005r., (producent SHIMADZU - Japonia), eksploatacja od 2006r. użytkowany w Dziale Diagnostyki Obrazowej;
- tomograf komputerowy – typ Brightspeed Exel, nr seryjny 148869HM1, rok produkcji 2006r., (producent GE-Healthcare), eksploatacja od 2012r. użytkowany w Dziale Diagnostyki Obrazowej;
- laser ze skanerem TR1HP – typ TR-1HP, nr seryjny T04406, rok produkcji 2016, (producent Emildue), eksploatacja od 2016r., użytkowany w Dziale Fizjoterapii;
- aparat do elektroterapii – typ ST-43, numer seryjny 5777432, rok produkcji 2001r., (producent Cosmogamma), eksploatacja od 2001r., użytkowany w Dziale Fizjoterapii;
- magnetronik – typ MF-20, numer seryjny 205, rok produkcji 2009r., (producent Elektronika i Elektromedycyna - Polska), eksploatacja od 2009r., użytkowany w Dziale Fizjoterapii.

Na podstawie okazanej dokumentacji (paszporty techniczne, świadectwa jakości urządzeń medycznych, protokoły z przeprowadzenia kontroli) ustalono, że przeglądy sprawności ww. aparatów były wykonywane z tym, że w przypadku aparatu do elektroterapii, magnetroniku, aparatu do laseroterapii przegląd nastąpił w dniu 14.12.2017r. zamiast 13.12.2017r. czyli z jednodniowym opóźnieniem.

Kierownik Działu Technicznego – Dariusz J. złożył w tym zakresie pisemne wyjaśnienie informując, że *przegląd urządzeń medycznych tj.: aparatu do elektroterapii, magnetroniku*

¹⁶ Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz.679 ze zm.)

i aparatu do laseroterapii odbył się z jednodniowym opóźnieniem, gdyż pracownicy firmy TECHNOMEX z Gliwic nie zdołali dojechać 13.12.2017r. i przegląd odbył się 14.12.2017r. (...) Jednocześnie Kierownik Działu Technicznego oświadczył, że w dniu 13.12.2017r. wymienione urządzenia nie były użytkowane.

(Dowód: akta kontroli str. 63 Wyjaśnienie Kierownika Działu Technicznego)

W zakresie stopnia wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, na podstawie przedłożonego, przez Kierownika Działu Technicznego – Dariusza J., wykazu ustalono ilość badań wykonanych w 2017r. na wybranym sprzęcie medycznym tj.:

Lp.	Nazwa urządzenia	Ilość sztuk	Czas pracy	Ilość faktycznie wykonanych badań/zabiegów
1.	Tomograf komputerowy	1	8:00-13:00	682 na podstawie książki badań TK
2.	Aparat RTG	1	8:00-13:00	2083 na podstawie książki badań RTG
3.	Magnetronik	2	7:00-14:00	750 na podstawie księgi pacjentów
4.	Aparat do elektrostymulacji	3	7:00-14:00	3680 na podstawie księgi pacjentów
5.	Aparat do laseroterapii	3	7:00-14:00	4120 na podstawie księgi pacjentów

(Dowód: akta kontroli patrz str. 57-58)

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 zdrowotnych 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.¹⁷

¹⁷ Rozporządzenie MF z dn. 22 12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011, nr 293poz.1729).

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 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 umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – polisa ubezpieczeniowa nr 436000116892 zawarta z Ergo Hestia na okres od 01.01.2017r. do 31.12.2017r., suma gwarancyjna – 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Wysokość składki ubezpieczeniowej opiewała na kwotę w wysokości 70 500,00 zł. (4 raty: 4 x 17 625,00 zł.). Na podstawie okazanych przelewów bankowych ustalono, że Szpital dochował terminów płatności i kwot rat składek określonych w ww polisie.

Ocena cząstkowa
wraz z
uzasadnieniem

Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności

W wyniku dokonanych, w toku kontroli ustaleń pozytywnie z uchybieniami oceniono działalność Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Pozytywna ocena dotyczyła: zgodności kodów resortowych charakteryzujących specjalności wybranych komórek organizacyjnych Szpitala oraz ilości łóżek, wyszczególnionych w przedstawionych 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; przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia Wojewódzki Oddział Świętokrzyski w Kielcach informacji o prowadzonych listach oczekujących z podziałem na odpowiednią kategorię medyczną; realizowania przez Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów zadań wynikających z przepisów prawa; gruntowego analizowania i prezentowania wyników ankiet satysfakcji pacjenta; posiadania Certyfikatu ISO w zakresie spełniania stacjonarnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej; rozpatrywania skarg wniesionych na działalność

Szpitala z zachowaniem ustawowego terminu; 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 uchybienia miały związek z: powołaniem do składu Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów osoby niewykonującej zawodu medycznego; pominięciem, w opisie przedmiotu zamówienia, w postępowaniu na udzielenie świadczeń zdrowotnych, kodów CPV ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień; rozbieżnościami pomiędzy ogłoszeniem o konkursie a szczegółowymi warunkami konkursu w zakresie wymaganego dokumentu; niekompletnym zastosowaniem kryteriów oceny ofert w postępowaniu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań i konsultacji specjalistycznych.

*Wskazanie
imienia
i nazwiska osoby
odpowiedzialnej
za powstanie
stwierdzonych
uchybień*

Za stwierdzone uchybienia, odpowiedzialnego wskazuje się Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy – Pana Jacka Musiała, który pełnił swoje obowiązki do 27 lipca 2018r.

Zalecenia i wnioski

Zalecenia i wnioski

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

1. 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.
2. W prowadzonych postępowaniach w trybie konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych należy:
 - a) zamieszczać w treści ogłoszenia o konkursie i w szczegółowych warunkach konkursu, jednakowe informacje w zakresie wymaganych dokumentów;
 - b) do opisu przedmiotu zamówienia stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz.Urz.WEL340 z 16.12.2002, str.1 i n. z póź.zm.);
 - c) porównywać oferty, w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, według kryteriów wskazanych w art. 148 ust. 1 ustaw z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje i pouczenia

Pouczenie

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

*Obowiązek
poinformowania
o sposobie
wykonania
zaleceń i
wniosków
pokontrolnych*

Stosowanie 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/

Kielce, dnia 2018r.