

DOZ.III.1711.10.1.2018

## **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.1711.47.2018 z dnia 07.05.2018r.
2. Magdalena Tomska – inspektor, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.48.2018 z dnia 07.05.2018r.

*(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 07.05.2018r. o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli)*

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod poz. 7/2018

Data  
rozpoczęcia  
i zakończenia  
czynności  
kontrolnych

Od 17.05 do 25.05.2018r.

Zakres  
kontroli

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

Jednostka  
kontrolowana

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Kierownictwo  
jednostki  
kontrolowanej

Pan Stanisław Gózdź – Dyrektor  
Pan Wojciech Cedro – Z-ca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych  
Pani Teresa Czernecka – Z-ca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych  
Pani Marzena Pyk – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

## Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Ocena działalności Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, 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 ocen<sup>1</sup>, 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 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 07.05.2018r.

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

### I. Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym

Opis stanu faktycznego Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, w okresie objętym kontrolą, działało w oparciu o *Statut* stanowiący załącznik do uchwały Nr XXI/364/12 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 ustaw<sup>2</sup>, 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,

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

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

w brzmieniu nadanym ww. ustawą. W związku z powyższym, Sejmik Województwa Świętokrzyskiego podjął uchwałę Nr XXXVIII/544/17 z dnia 20.11.2017r. w sprawie nadania Statutu Świętokrzyskiemu Centrum Onkologii w Kielcach. Dokument ten został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017r. pod pozycją 3541 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 Sądowym<sup>3</sup>, 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 21.03.2018r.tj. po upływie ustawowego terminu.

*(Dowód: akta kontroli str. 9-13 Wniosek KRS-Z22)*

Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. w tym zakresie złożył wyjaśnienia informując, że *złożenie wniosku do KRS w sprawie zmian w statucie po 7 dniach od uchwalenia statutu – Informuję, że 7 dniowy termin wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym nie ma charakteru terminu zawitego i nie zamyka drogi do złożenia wniosku w terminie późniejszym. Złożenie wniosku w terminie późniejszym wynikało z oszczędności polegających na opłaceniu jednej opłaty zarówno za wpis zmiany w statucie jak i zmianę danych kierownika jednostki (uzyskanie habilitacji przez kierownika jednostki. Zgłoszenie do KRS nastąpiło po otrzymaniu przeze mnie kompletu dokumentów niezbędnych do wpisu).*

*(Dowód: akta kontroli str. 14 Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

Według informacji Kierownika Sekcji Organizacyjnej – Huberta K. w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach do dnia 18.12.2017r. obowiązywał Regulamin Organizacyjny Szpitala z dnia 18.04.2016r. pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną w uchwale nr 30/2016 z dnia 18.04.2016r. Do ww. dokumentu, w okresie objętym kontrolą, Dyrektor Szpitala wprowadził zmianę polegającą na utworzeniu *Ośrodka Koordynacji Badań Klinicznych*. Działanie w ww. zakresie zostało poprzedzone pozytywną opinią Rady Społecznej wyrażoną w uchwale nr 39/2017 z dnia 16.03.2017r.

*(Dowód: akta kontroli str. 15-16 Zestawienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

---

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

Stosownie 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. również regulaminów organizacyjnych do przepisów zmienianej ustawy ustalono, że nowy Regulamin Organizacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach wszedł w życie w dniu 18.12.2017r., po wyrażeniu przez Radę Społeczną Szpitala pozytywnej opinii w uchwale nr 46/2017 z dnia 18.12.2017r. i podpisaniu aktu przez Dyrektora Szpitala.

Badanie dokumentu pozwoliło na stwierdzenie, że *Regulamin Organizacyjny Szpitala* z dnia 18.12.2017r. zawierał wszystkie elementy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej<sup>4</sup> (zwana dalej u.d.l.).

Ponadto, ustalono, że obowiązkowe informacje zawarte w *Regulaminie Organizacyjnym*, dotyczące:

- a) wysokości opłaty 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 opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuży 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;
- c) wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, 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.

Analiza *Statutu, Regulaminu organizacyjnego* oraz *Księgi Rejestrowej* wykazała, że Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach wykonuje działalność leczniczą za pomocą trzech Zakładów przy czym ich nazwy są odmienne tj.: stosownie do § 8 Statutu są to: 1) *Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych*, 2) *Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych*

---

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

niż szpitalne, 3) Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, natomiast w Regulaminie Organizacyjnym i Księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego wskazano, że Zakłady lecznicze to: *Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Szpital, Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Poradnie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Paliacja.*

Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. pismem z dnia 23.05.2018r. poinformował, iż niezgodność pomiędzy nazwami Zakładów ŚCO uwidocznionych w Statucie oraz Księdze Rejestrowej zostanie usunięta poprzez dostosowanie zapisów w RPWDL (księdze rejestrowej) do brzmienia uwidocznionego w Statucie. Do brzmienia nazw zakładów w statucie zostanie dostosowana także treść Regulaminu Organizacyjnego.

*(Dowód: akta kontroli str. 17 - Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że struktura organizacyjna Zakładu określona w Schemacie stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego, w tym wykaz komórek organizacyjnych, w których prowadzona jest działalność związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nie odpowiada treści Księgi rejestrowej (nr 000000014611) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego. Rozbieżności w tym zakresie przedstawiają się następująco

Lp.	Schemat organizacyjny	Księga Rejestrowa
	Nazwa komórki organizacyjnej	
1.	Poradnia Radioterapii w Sandomierzu	Poradnia Onkologiczna w Sandomierzu
2.	Gabinet Zabiegowy dla Przychodni	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Przychodni
3.	Poradnia Radioterapii – Gabinet Brachyterapii	Poradnia Brachyterapii
4.	Poradnia Ginekologiczna	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych (Cytomammobus)
5.	Poradnia Onkologiczna we Włoszczowie	Brak wpisu
6.	Poradnia Onkologiczna w Końskich	Brak wpisu
7.	Brak wpisu	Poradnia Onkologiczna w Busku-Zdrój
8.	Brak wpisu	Poradnia Onkologiczna w Opatowie

Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO – Michał Ch.

i Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. pismem z dnia 23.05.2018r. w badanym obszarze złożyli wyjaśnienie informując, że *Poradnia Radioterapii w Sandomierzu (Filia w Sandomierzu)* została wpisana do schematu organizacyjnego zgodnie z pierwotną intencją, jakim było uruchomienie *Ośrodka Zamiejscowego Radioterapii w Sandomierzu (zgodnie z pierwotnym założeniem map potrzeb zdrowotnych w onkologii)*. Z uwagi na rozpoczęcie budowy ośrodka radioterapii w niedalekim Tarnobrzegu odstąpiono od w/w planów i wspólnie ze szpitalem powiatowym zdecydowano o uruchomieniu w Sandomierzu *Poradni Onkologicznej*. Zgodnie z ustaleniem oraz zapisami umowy najmu zgłoszono komórkę organizacyjną do RPWDL (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 138), omyłkowo nie dokonując zmiany nazwy w schemacie. Przedmiotowa zmiana zostanie wprowadzona do schematu organizacyjnego na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.

*Gabinet Zabiegowy dla Przychodni* został omyłkowo wpisany do rejestru jako *Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Przychodni* (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 110), gdzie nazwa własna odpowiada nazwie VIII części kodu resortowego. Przedmiotowa zmiana zostanie wprowadzona do schematu organizacyjnego na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.

*Poradnia Radioterapii – Gabinet Brachyterapii* została wpisana do rejestru jako *Poradnia Brachyterapii*. Wpisanie do RPWDL (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 026) datowane jest na dzień 19-08-1998r. jednakże z uwagi na wymogi NFZ dotyczące minimalnego czasu oraz harmonogramu pracy (jeden dzień do godziny 18:00) zdecydowano o faktycznym włączeniu *Poradni Brachyterapii* w strukturę komórki organizacyjnej: *Poradnia Radioterapii – w charakterze Gabinetu Brachyterapii*. Zmiana w schemacie w/w zakresie zostanie wprowadzona do schematu organizacyjnego na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.

*Poradnia Ginekologiczna* została wpisana do rejestru jako *Poradnia Ginekologiczno-Położnicza z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych (Cytomammobus)* (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych:099). Powyższe wynika z wymagań NFZ, który do realizacji świadczeń pobierania badań cytologii w pracowni mobilnej wymagał realizacji ich w komórce organizacyjnej: *poradnia ginekologiczna lub poradnia ginekologiczno-położnicza (część VIII k.r.)* Powyższe pozwala właściwie realizować i rozliczać w/w świadczenia w ramach umowy z NFZ na zakres „Świadczenia

w zakresie położnictwa i ginekologii”. Deklaruję, że zmiana zostanie wprowadzona do schematu organizacyjnego na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.

Poradnia Onkologiczna we Włoszczowie oraz Poradnia Onkologiczna w Końskich ze względu na planowane rozpoczęcie działalności zostały wpisane do schematu organizacyjnego, jednakże ze względu na fakt, iż nigdy nie doszło do ich faktycznego uruchomienia nie zostały one wpisane do rejestru. Brak wykreślenia ze schematu spowodowany jest prowadzonymi rozmowami i ciągle aktualnymi planami utworzenia ośrodków.

Filia w Busku i Opatowie jest uwidoczniła w RPWDL co uprawnia ją do udzielania świadczeń medycznych. Obie filie zostaną wprowadzone do schematu organizacyjnego na najbliższym posiedzeniu rady społecznej.

*(Dowód: akta kontroli str. 18-21 Wyjaśnienie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO i Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że w okresie objętym kontrolą do księgi rejestrowej zostały wpisane następujące komórki organizacyjne: Pracownia Broncho-Ezofagoskopii (01.01.2018r.) oraz Poradnie Onkologiczne w: Busku-Zdroju (01.01.2017r.), Sandomierzu (01.01.2017r.) i Pińczowie (01.10.2017r.).

W związku z powyższym, mając na uwadze art. 48 ust.2 pkt 1 lit. b) u.d.l, który stanowi, że do zadań rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach związanych z (...) rozszerzeniem działalności (...), poproszono o podanie informacji czy działania w zakresie zarejestrowania ww komórek organizacyjnych były uzgadnianie z podmiotem tworzącym.

Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO – Michał Ch. i Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. w piśmie z dnia 23.05.2018r., poinformowali, że utworzenie:

- *Pracowni Broncho-Ezofagoskopii nie wiązało się z rozszerzeniem działalności. Dotychczas wszystkie procedury wykonywane były w Zakładzie Panendoskopii ale zmiana wynikała z problemów organizacyjnych i udogodnień dla pacjentów 95 % pacjentów stanowili pacjenci Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej. Przewożenie ich z Oddziału do Zakładu na wykonywanie świadczeń było uciążliwe. Z tego powodu zdecydowano się utworzyć Pracownię w ramach Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej;*



- ośrodków zamiejscowych nie wiązało się z rozszerzeniem działalności. Filie te nie są odrębnie kontraktowane, przez co rozliczanie z NFZ nie odbywa się na podstawie zawartych umów z płatnikiem publicznym .

(Dowód: akta kontroli patrz str. 18-21)

## Ocena częściowa kontrolowanej działalności

Ocena częściowa

Uzasadnienie  
oceny częściowej

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

Pozytywna ocena odnosi się do dostosowania, w wyznaczonym przez ustawodawcę terminie, statutu oraz regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego do przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Stwierdzone uchybienia miały związek z: nieterminowym złożeniem wniosku o dokonanie zmian w KRS w związku z nadaniem przez podmiot tworzący Statutu; odmiennym określeniem Zakładów leczniczych w Statucie, Regulaminie organizacyjnym i Księdze rejestrowej; rozbieżnościami w zakresie struktury organizacyjnej Szpitala w stosunku do treści zawartej w Księdze rejestrowej.

Wskazanie osób  
odpowiedzialnych za  
powstanie  
stwierdzonego  
uchybienia

Za stwierdzone uchybienia, odpowiedzialni są Dyrektor – Pan Stanisław Góźdz oraz Z-ca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych – Pani Teresa Czernecka.

## I. 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 w 2017r. Analiza trendu - porównawczo I kwartał 2017r. - stan na 31.03.2017r. do IV kwartału 2017r. - stan na 31.12.2017r.**

Według informacji z Zestawienia przygotowanego przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasza F., Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – Oddział w Kielcach, w okresie objętym kontrolą, kontrakt o łącznej wartości (umowy wraz z aneksami) 243 533 140,00 zł. Przedmiotem umów były świadczenia zdrowotne realizowane w ramach: leczenia szpitalnego (w zakresie m.in. chirurgii onkologicznej - pakiet onkologiczny, ginekologii onkologicznej, otorynolaryngologii, hematologii, teleradioterapii, chemioterapii z zakresem skojarzonym), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w zakresie m.in. proktologii, onkologii, badań rezonansu magnetycznego, badań tomografii komputerowej), opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (w zakresie m.in. świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, świadczeń psychologicznych), rehabilitacji leczniczej (w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym), profilaktycznych programów zdrowotnych (w zakresie m.in. programów profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki oraz etap podstawowy), świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej, badań

genetycznych), opieki paliatywnej i hospicyjnej (w zakresie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym oraz w hospicjum domowym).

Ustalono, że Jednostka podpisała z NFZ – Oddział w Kielcach ugody dotyczące 2017r. o wartości 3 224 193,00 zł. W efekcie Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach w kontrolowanym okresie realizowało kontrakt o łącznej wartości 246 757 333,00 zł., zaś wykonanie osiągnęło poziom 245 605 576,00 zł., co stanowiło 99,53% wartości podpisanych umów i ugód. Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasz F. wskazał, że *różnica pomiędzy wartością wykonania a wartością kontraktu wynika z zasad wyliczenia przez NFZ wartości ryczaftu, który został oszacowany na podstawie danych z 2015 roku i jest zmieniany w systemie kwartalnym.*

*(Dowód: akta kontroli str. 22-23 Zestawienie umów zawartych z NFZ sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Stosowanie do treści Statutu i Regulaminu organizacyjnego, Szpital realizując swoje cele udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju: badania i porady ambulatoryjne, leczenie pacjentów, pielęgnowanie chorych, badania diagnostyczne, w szczególności w zakresie markerów nowotworowych, hormonów i enzymów, mammografii, ultrasonografii, tomografii komputerowej, rtg, rezonansu magnetycznego oraz badań strukturalnych narządów wewnętrznych, rehabilitacji leczniczej, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Zakładu, terapii psychologicznej, opieki paliatywnej pacjenta będącego w terminalnym okresie choroby nowotworowej, działań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia.

Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie opieki stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Kielcach przy ul. S. Artwińskiego 3 oraz przy ul. Jagiellońskiej 74 b.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu określony został w: Regulaminie Organizacyjnym oraz w Zarządzeniach Dyrektora: Nr 38/2014 z dnia 22.12.2014r. i Nr 26/2017 z dnia 26.09.2017r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w ŚCO. Według ww. uregulowań pacjenci przyjmowani są w trybie planowym i w razie wskazań medycznych w trybie pilnym. *Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do oddziałów całodobowych lub dziennych Szpitala odbywa się w Izbie Przyjęć*

*(Recepcji), na podstawie skierowania od lekarza lub bez skierowania (w sytuacjach nagłych). Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do poradni, zakładów lub pracowni odbywa się w rejestracji lub punktach rejestracji zlokalizowanych przy poszczególnych poradniach (konsolach), na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub bez skierowania na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>5</sup> (zwana dalej u.ś.o.z.). Pacjenci posiadający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwaną dalej KDiLO) przyjmowani są w dniu zgłoszenia, a w przypadku braku takiej możliwości – termin wizyty zostaje wyznaczony na kolejne dni robocze, jednak nie później niż w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia. Pacjenci nie posiadający KDiLO są rejestrowani zgodnie z posiadanym skierowaniem do właściwych poradni specjalistycznych, a w przypadku braku skierowania (w przypadkach określonych w art.57 ust.2 u.ś.o.z) – do gabinetu pierwszorazowego poradni onkologicznej.*

Szpital, zgodnie z § 47 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego umożliwia rejestrację pacjentów osobiście, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznie (za pomocą call-center) oraz drogą elektroniczną.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasza F., ustalono, że: w okresie objętym kontrolą w Szpitalu leczono łącznie 294183 osób, w tym: w zakładach/działach/klinikach Szpitala 47525 oraz poradniach 246658. W IV kwartale 2017r. w porównaniu do I kwartału 2017r., wystąpił spadek liczby leczonych zarówno na oddziałach jak i w poradniach. I tak na oddziałach liczba leczonych pacjentów zmniejszyła się o 180 osób (tj. o 1,45 %) (w I kwartale 2017r. – 12387, w IV kwartale 2017r. – 12207), zaś w poradniach o 1191 porady, czyli 1,87% (w I kwartale 2017r. – 63626, w IV kwartale 2017r. – 62435). Ponadto z ww. informacji wynika, że w 2017r. Szpital dysponował 368 łózkami.

*(Dowód: akta kontroli str.24 Zestawienie Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

---

<sup>5</sup> ustawa z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017.1938, ze zm.)

Biorąc pod uwagę liczbę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania, szczegółowej analizie poddano wykonanie usług medycznych w 2017r., w wybranych czterech oddziałach i jednym zakładzie oraz w pięciu poradniach, funkcjonujących w określonych godzinach pracy. W oparciu o zestawienia sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasza F., zapisy w Księdze Rejestrowej oraz stronę internetową Szpitala ustalono, że:

- 1. Oddział Otorynolaryngologiczny** rozpoczął swoją działalność w dniu 01.03.2001r., kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej:4610. Oddział zajmuje się m.in. udzielaniem świadczeń wysokospecjalistycznych z dziedziny otolaryngologii, chirurgii głowy i szyi, leczeniem onkologicznym, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów krtani i gardła dolnego, jamy ustnej i gardła środkowego. Oddział liczy 26 łóżek<sup>6</sup>. Wskaźnik obłożenia łóżek w IV kwartale 2017r. osiągnął poziom 23,08%. co w porównaniu do I kwartału 2017r. stanowiło spadek o 50,00%. W poddanym kontroli okresie leczono 1944 osoby, co stanowiło 4,09% leczonych na wszystkich oddziałach podmiotu leczniczego. Liczba leczonych w IV kwartale 2017r. kształtowała się na jednakowym poziomie co w I kwartale 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 497, w I kwartale 2017r. – 498).
- 2. Oddział Ginekologii Onkologicznej** – funkcjonuje od 19.02.2002r. Kod identyfikacyjny: 4460. Na oddziale prowadzona jest diagnostyka i leczenie chirurgiczne nowotworów kobiecego narządu płciowego, chorób nienowotworowych oraz wczesnych stanów przednowotworowych kobiecego narządu płciowego z użyciem nowoczesnych technik laseroterapii, laparoskopii i endoskopii ginekologicznej. Komórka liczy 29 łóżek<sup>7</sup>. Wskaźnik obłożenia łóżek w IV kwartale 2017r. w stosunku do I kwartału 2017r. zmalał o 44,83% i osiągnął poziom 20,69%. Na oddziale leczono 1742 osoby, co stanowiło 3,66% leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. W IV kwartale 2017r. zaobserwowano trend rosnący liczby leczonych o 6 osób w stosunku do I kwartału 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 433 pacjentów, w I kwartale 2017 – 427 pacjentów).
- 3. Oddział Hematologiczny** – wpisany z kodem: 4070 rozpoczął działalność w dniu 01.09.1999r. Działalność jednostki związana jest m.in. z wykonywaniem zabiegów biopsji szpiku i trepanobiopsji, diagnostyką i leczeniem nowotworów limfoproliferacyjnych m.in.: chłoniaków, szpiczaków, przewlekłych białaczek

---

<sup>6</sup> W tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej

<sup>7</sup> W tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej

limfocytowych oraz nowotworów mieloproliferacyjnych m.in.: przewlekłej białaczki szpikowej. Oddział dysponuje 51 łózkami rzeczywistymi<sup>8</sup>, ich wykorzystanie, w IV kwartale 2017r. uległo zmniejszeniu w stosunku do I kwartału 2017r. o 29,41%, (IV kwartał 2017r. – 66,67%, I kwartał 2017r. 96,08%). W badanym okresie leczono 4093 pacjentów, co stanowiło 8,61% ogólnej liczby leczonych w zakresie szpitalnym. W IV kwartale 2017r. obserwuje się zwiększenie liczby leczonych pacjentów o 24 w porównaniu do I kwartału 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 1059 pacjentów, w I kwartale 2017r. – 1035 pacjentów).

4. **Oddział Radioterapii (w Dziale Radioterapii)** – funkcjonuje od 31.05.1999r., kod resortowy:4244. Na oddziale realizowane są świadczenia z zakresu radioterapii. W badanym czasie oddział dysponował 91 łózkami. Wskaźnik obłożenia łóżek w IV kwartale 2017r. w stosunku do I kwartału 2017r. zmalał o 15,39% i osiągnął poziom 45,05%. Na oddziale leczono 2569 pacjentów, tj. 5,40% leczonych na oddziałach szpitalnych. W IV kwartale 2017r. leczono o 106 osób więcej niż w I kwartale 2017r. (w IV kwartale 2017 – 697 osób, w I kwartale 2017r. – 591 osób).
5. **Pracownia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej** – rozpoczęła działalność w dniu 01.03.2008r., z kodem resortowym: 7222. W komórce wykonywane są badania całego ciała przy użyciu radiofarmaceutyków oraz badania przerzutów do kości. W badanym czasookresie przeprowadzono 4177 badań obrazowych. W IV kwartale 2017r. obserwuje się zwiększenie wykonanych badań o 64 w porównaniu do I kwartału 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 1023, w I kwartale 2017r. – 959).
6. **Poradnia Genetyczna** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1210. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.10.1996r. i zapewnia ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenia zdrowotne m.in. w zakresie konsultacji pacjentów z podejrzeniem dziedzicznej predyspozycji do zachorowania na nowotwory złośliwe. W okresie objętym kontrolą udzielono 7636 porad, co stanowiło 3,10% wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. udzielono o 440 porady mniej niż w I kwartale 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 1679, w I kwartale 2017r. – 2119). Zgodnie z informacjami umieszczonymi na Portalu Potencjału NFZ, ustalono,

---

<sup>8</sup> W tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej

że w 2017r. świadczenia zdrowotne udzielane były 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku<sup>9</sup>, w godzinach: poniedziałek – środa od 7:00 do 15:00, czwartek od 7:00 do 18:00, piątek od 7:00 do 13:00 .

7. **Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi** – rozpoczęła działalność w dniu 01.01.2004r., pod nr kodu: 1070. W ww. komórce udzielane są świadczenia w zakresie hematologii. W badanym czasie, w Poradni udzielono 16225 porady, co stanowiło 6,58% wszystkich udzielonych usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. zrealizowano 4439 porad, czyli o 393 więcej w porównaniu do danych z I kwartału 2017r. (4046). Dostęp do świadczeń zdrowotnych był zapewniony 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku<sup>10</sup>: w godzinach: poniedziałek – środa od 8:00 do 15:00, czwartek od 8:00 do 18:00, piątek od 8:00 do 13:00.
8. **Poradnia Dermatologiczna** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1200. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.06.1998r. Poradnia świadczy usługi w zakresie dermatologicznych porad ambulatoryjnych. W okresie objętym kontrolą udzielono 2737 porad, co stanowiło 1,11 % wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. udzielono o 72 porady więcej niż w I kwartale 2017r. (w IV kwartale 2017r. – 686, w I kwartale 2017r – 614). Dostęp do świadczeń zdrowotnych był zapewniony 4 dni w tygodniu: poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek<sup>11</sup>, w godzinach: poniedziałek – wtorek od 7:00 do 15:00, czwartek od 10:00 do 18:00, piątek od 7:00 do 13:00.
9. **Poradnia Endokrynologii** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1030. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 01.02.1991r. i zajmuje się diagnostyką oraz terapią schorzeń endokrynologicznych m.in. przysadki mózgowej, tarczycy. W okresie objętym kontrolą udzielono 27874 porady, co stanowiło 11,30% wszystkich wykonanych przez Szpital porad. W IV kwartale 2017r. zrealizowano 7174 porady, tj. o 79 mniej w stosunku do I kwartału 2017r. (7253). Świadczenia zdrowotne udzielane były 5 dni w tygodniu: od poniedziałku

---

<sup>9</sup> przez 2 lekarzy specjalistów genetyki klinicznej,

<sup>10</sup> w I kwartale 2017r. przez 12 lekarzy specjalistów hematologii i 2 specjalistów hematologii w trakcie specjalizacji, w IV kwartale 2017r. przez 13 lekarzy specjalistów hematologii i 1 specjalistę hematologii w trakcie specjalizacji

<sup>11</sup> przez 1 lekarza specjalistę dermatologii i wenerologii,

do piątku<sup>12</sup>, w godzinach: poniedziałek – środa od 8:00 do 15:00, czwartek od 8:00 do 18:00, piątek od 8:00 do 13:00.

**10. Poradnia Gastroenterologiczna** rozpoczęła działalność w dniu 15.03.2000r., pod nr kodu: 1050. Zadaniem ww. komórki jest zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie schorzeń układu pokarmowego. W badanym czasie, w Poradni udzielono 4600 porad, co stanowiło 1,86 % wszystkich udzielonych usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W IV kwartale 2017r. zrealizowano 1208 porad, czyli o 67 mniej w porównaniu do danych z I kwartału 2017r. (1275). Dostęp do świadczeń zdrowotnych zapewniony był 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku<sup>13</sup>, w godzinach: poniedziałek – wtorek od 8:00 do 14:00, środa od 10:00 do 14:00, czwartek od 10:00 do 18:00, piątek od 9:00 do 12:00

*(Dowód: akta kontroli str. 25-30 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasz F. poinformował, że podmiot leczniczy w 2017r. w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej, zrealizował 107400 badań, w tym w: Pracowni TK – 23830, Pracowni MR – 14303, Pracowni USG – 45501, Pracowni MM – 12499, Pracowni Mammotomicznej – 1955, Pracowni Scyntygrafii – 5135, Pracowni PET – 4177.

*(Dowód: akta kontroli str. 31 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

*Opis stanu faktycznego*

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

W trakcie kontroli szczegółowej analizie poddano kolejki oczekujących na przyjęcie do wybranych komórek organizacyjnych, w których pacjenci najdłużej oczekiwali na przyjęcie. Według zestawień sporządzonych przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Łukasza F., potwierdzonych wydrukami z systemu komputerowego, na dzień 31.03.2017r. odnotowano kolejki:

<sup>12</sup> w I kwartale 2017r. przez 11 lekarzy specjalistów endokrynologii, w IV kwartale 2017r. przez 12 lekarzy specjalistów endokrynologii,

<sup>13</sup> przez 4 lekarzy specjalistów gastroenterologii,



1. na Oddziale Otorynolaryngologicznym: 35 przypadki stabilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach kolejki wynosił 68 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
2. W Zakładzie Medycyny Nuklearnej na świadczenia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej: 113 przypadki stabilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił 13 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
3. na Oddziale Radioterapii w Dziale Radioterapii: 55 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach kolejki wynosił 7 dni. Brak przypadków stabilnych.
4. w Poradni Genetycznej: na przyjęcie oczekiwało 119 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 68 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
5. w Poradni Hematologicznej: w kolejce oczekiwało 231 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 139 dni i 92 pacjentów skategoryzowanych jako pilni z czasem oczekiwania 53 dni;
6. w Poradni Dermatologicznej: w kolejce oczekiwało 16 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni z czasem oczekiwania 62 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
7. w Poradni Endokrynologicznej: na przyjęcie oczekiwało 212 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 372 dni i 17 pacjentów pilnych z czasem oczekiwania 24 dni;
8. w Poradni Gastroenterologicznej: na przyjęcie oczekiwało 34 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 99 dni. Brak przypadków pilnych.

Z kolei na dzień 31.12.2017r.:

1. na Oddziale Otorynolaryngologicznym: 206 przypadki stabilne i 14 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach kolejki wynosił 76 dni dla przypadków stabilnych i 22 dla przypadków pilnych;
2. w Zakładzie Medycyny Nuklearnej na świadczenia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej: 156 przypadki stabilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił 14 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
3. na Oddziale Ginekologii Onkologicznej: 115 przypadki stabilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił 28 dni. Nie odnotowano przypadków pilnych;
4. na Oddziale Hematologicznym: 21 przypadki stabilne i 6 przypadki pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 15 dni dla przypadków stabilnych i 17 dla przypadków pilnych;
5. na Oddziale Radioterapii w Dziale Radioterapii: 40 przypadki pilne z średnim czasem oczekiwania na przyjęcie 9 dni, brak przypadków stabilnych;

6. w Poradni Genetycznej na przyjęcie oczekiwało 37 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 49 dni oraz 1 pilny z czasem oczekiwania 18 dni;
7. w Poradni Hematologicznej w kolejce oczekiwało 242 stabilnych z czasem oczekiwania 146 dni i 103 pacjentów, skategoryzowanych jako pilni z czasem oczekiwania 53 dni;
8. w Poradni Dermatologicznej – w kolejce oczekiwało 89 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni z czasem oczekiwania 69 dni, nie odnotowano przypadków pilnych;
9. w Poradni Endokrynologicznej na przyjęcie oczekiwało 111 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 564 dni oraz 10 pilnych z czasem oczekiwania 33 dni;
10. w Poradni Gastroenterologicznej na przyjęcie oczekiwało 74 pacjentów stabilnych z czasem oczekiwania 72 dni i 1 pilny z czasem oczekiwania 26 dni.

*(Dowód: Dowód: akta kontroli str. 32-39 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, wydruk kolejek oczekujących)*

Na pytanie Kontrolujących co było przyczyną istniejących kolejek oczekujących ww. komórkach organizacyjnych, Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO – Michał Ch. oświadczył, iż *ze względu na bardzo dużą ilość pacjentów zgłaszających się do szpitala oraz ambulatorium (szpital obsługuje populację województwa świętokrzyskiego oraz województw ościennych) i ograniczenia personalne, a co za tym idzie brak możliwości udzielenia świadczenia wszystkim chorym w dniu zgłoszenia, Świętokrzyskie Centrum Onkologii zmuszone jest do wpisywania świadczeniobiorców na listy oczekujących.*

*(Dowód: akta kontroli str. 40 oświadczenie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Mając na uwadze przepisy prawne określone w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>14</sup> (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 zdrowotnej<sup>15</sup> i 9 listopada 2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania

---

<sup>14</sup> Ustawa z dn. 27.04.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j. ze zm.)

<sup>15</sup> 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)

dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup>, kontrolujący przystąpili do analizy list oczekujących. W tym zakresie ustalono, że w podmiocie leczniczym listy prowadzone są w formie elektronicznej w ramach systemu informatycznego CGM CliniNET oraz aplikacji internetowej Ap-Kolce. Ustalono, że miejscem przechowywania list jest serwer Szpitala.

*(Dowód: akta kontroli str.41 oświadczenie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Szczegółowym oględzinom poddano 426 wpisy na listy oczekujących na świadczenia z zakresu pozytonowej tomografii emisyjnej za grudzień 2017r. W wyniku dokonanej analizy ustalono, że na: 426 przypadków zapisanych na ww. świadczenie: 239 wykonano badanie (co stanowiło 56,10% ogólnej liczby zapisanych), 30 nie zgłosiło się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia (co stanowiło 7,04% zapisanych), 1 została skreślona z innych przyczyn (tj. 0,23% ogólnej liczby zapisanych), 156 nadal oczekiwało na badanie (co stanowiło 36,62% ogólnej liczby zapisanych).

Weryfikacja list oczekujących na świadczenia z zakresu pozytonowej tomografii emisyjnej wykazała, że sposób ich prowadzenia uwzględniał przepisy art. 20 ust. 2 u.ś.o.z.

Ponadto, Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO – Michał Ch., oświadczył, że Szpital *zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47 c. u.ś.o.z.*

*(Dowód: akta kontroli str.42 oświadczenie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

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 zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>17</sup>, Zakład powinien przekazywać co miesiąc do NFZ informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą: liczbę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym.

---

<sup>16</sup> 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)

<sup>17</sup> 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.)

Mając powyższe na względzie Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej – Michał Ch. oświadczył, że *Świętokrzyskie Centrum Onkologii co miesiąc przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia informacje o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń zgodnie z art.23 ust.1 u.ś.o.z (...) oraz co najmniej raz w tygodniu informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, zgodnie z art. 23. ust.4 ustawy. Potwierdzeniem powyższego było przedstawienie wydruków z Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) za okres objęty kontrolą.*

*(Dowód: akta kontroli str.43-55 oświadczenie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO i wydruki z SZOI)*

Zarządzeniem wewnętrznym nr 32 z dnia 28.12.2011r. zmienionym Zarządzeniem wewnętrznym nr 42 z dnia 31.12.2014r. Dyrektor Szpitala powołał *Zespół Oceny Przejęć*. W skład Zespołu każdorazowo wchodzi lekarz specjalista w dziedzinie zabiegowej, lekarz specjalista w dziedzinie niezabiegowej oraz pielęgniarka naczelna, czyli zgodnie z art. 21 ust. 2 u.ś.o.z.

W ww. Zarządzeniu określono, że *Zespół* dokonuje miesięcznej analizy list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenie świadczeń, tj. zgodnie z art. 21 ust. 4 u.ś.o.z. Dokument regulował, że spotkania Zespołu powinny odbywać się co najmniej raz w miesiącu i powinny być udokumentowane raportem z oceny, a następnie przedstawione Dyrektorowi Naczelnemu.

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie okazanej dokumentacji ustalono, że w badanym okresie odbyło się 12 posiedzeń – raz w miesiącu. Każde z nich zostało potwierdzone Protokołem z posiedzenia. Z udostępnionej dokumentacji wynikało m.in., że Członkowie Zespołu w *trakcie uczestnictwa w pracach Witz Breast Cancer Unit (WZT) i bieżącej realizacji świadczeń dokonywali przeglądu dokumentacji medycznej prezentowanej przez lekarzy specjalistów ŚCO i zewnętrznych podmiotów leczniczych, kompletność zapisów zgodnie z określonymi wytycznymi i ustalenia poszczególnych etapów szybkiej ścieżki diagnostycznej.*

Z ocenami przyjętymi w *Protokołach* każdorazowo zapoznawany był Dyrektor Szpitala.

Opis stanu  
faktycznego

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

Według *Oświadczenia Starszego Specjalisty ds. Pracowniczych – Anety Dz., w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, nie są przeprowadzane konkursy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. poz. 182 z 2012r.). Wynika to ze struktury organizacyjnej ŚCO – nie mamy oddziałów medycznych a działy medyczne. W związku z tym nie powołujemy ordynatorów poszczególnych oddziałów ani pielęgniarek oddziałowych a zatrudniamy kierowników działów i koordynatorów ds. pielęgniarstwa.*

*(Dowód: akta kontroli str. 56 Oświadczenie Starszego Specjalisty ds. Pracowniczych)*

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 medycyny. 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 Głównego Księgowego – Agnieszki S. i Kierownika Sekcji Organizacyjnej – Huberta K., w okresie objętym kontrolą, Szpital przeprowadził łącznie 3 konkursy ofert, w tym: 2 – w trybie konkursowym na zlecenie realizacji świadczeń personelowi medycznemu i 1 na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotowi zewnętrznemu oraz 8 postępowań – w trybie pozakonkursowym na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotowi zewnętrznemu. W efekcie ww. działań zawarto łącznie 11 umów na ogólną, wartość 385 216,90 zł. wg ewidencji księgowej w danym roku (2

umowy z personelem medycznym o wartości 63 594,00 zł. – wg ewidencji księgowej; 1 umowę z podmiotem zewnętrznym z wyłączeniem personelu medycznego o wartości 133 798,50 zł). Z ww. informacji wynika, że w trybie pozakonkursowym zawarto 8 umów o łącznej wartości 187 824,40 zł. - wg ewidencji księgowej w danym roku.

(Dowód: akta kontroli str.57 Zestawienie dotyczące zlecenia podmiotom zewnętrznym realizacji świadczeń)

Szczegółowym badaniem objęto dwa konkursy ofert na:

1. *Wykonywanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych, z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych.*
2. *Wykonywanie i opisywanie badań PET/CT oraz badań scyntygraficznych w Zakładzie Medycyny Nuklearnej ŚCO.*

Wytypowane do analizy postępowania zostały poprzedzone ustaleniem wartości szacunkowej stosownie do art. 26a u.d.l. sporządzonej przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej odpowiednio w dniu 25.03.2017r. i 20.04.2017r.

Konkursy ofert na: 1. *wykonywanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych (...)*; 2. *wykonywanie i opisywanie badań PET/CT (...)* przeprowadziły komisje powołane Decyzją z dnia 13.06.2017r. (dla poz.1) i Decyzją z dnia 22.06.2017r. (dla poz. 2) Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Analiza ww. postępowań wykazała, że dokonując opisu przedmiotu zamówienia, Szpital nie podał nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (dalej „kody CPV”) zarówno w ogłoszeniach i pozostałej dokumentacji poddanych badaniu konkursów ofert, 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 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 Sekcji Organizacyjnej – Hubert K., w piśmie z dnia 23 maja 2018r. udzielił w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że *kody CPV nie powinny mieć zastosowania w postępowaniach o udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne. Kody CPV służą przede wszystkim do katalogowania dużych postępowań na użytek postępowań o udzielenie zamówienia publicznego. Zgodnie z art. 26 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej do postępowań o udzielenie zamówienia na świadczenie usług*

medycznych nie stosuje się prawa zamówień publicznych. Rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych (CPV) wyraźnie wskazuje w art. 1, iż „Niniejszym ustanawia się jednolity system klasyfikacji stosowany do zamówień publicznych, określony jako „Wspólny Słownik Zamówień” lub „CPV”. Także preambuła pierwsza wskazuje podstawy wydania rozporządzenia koniecznością ujednoczenia praktyki opisu przedmiotu zamówienia publicznego (a także mając na uwadze, co następuje: (1) Stosowanie różnych klasyfikacji ma szkodliwy wpływ na otwartość i przejrzystość zamówień publicznych w Europie. Jego wpływ na jakość ogłoszeń i czas niezbędny do ich opublikowania stanowi de facto ograniczenie w dostępie podmiotów gospodarczych do zamówień publicznych). Wprawdzie art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej odsyła do odpowiedniego stosowania wybranych przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (w tym przypadku do art. 141 wspomnianej ustawy, w której, w ust. 4 wskazuje się, iż do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się kody CPV ze Wspólnego Słownika Zamówień. W ocenie ŚCO stosowanie tego przepisu następuje odpowiednio a nie wprost i bezpośrednio. Art. 141 ust 4 jest skierowany do NFZ i postępowań przez niego prowadzonych (swoiste *lex specialis* dla NFZ).

(Dowód: akta kontroli str.58 Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)

W odniesieniu do wyżej cytowanych wyjaśnień, zdaniem kontrolujących ustawodawca w art. 26 ust.4 u.d.l. wyraźnie wskazał konkretne jednostki redakcyjne u.ś.o.z., które mają mieć zastosowanie w odpowiednim czasie do postępowania konkursowego prowadzonego w trybie u.d.l.. Nie zachodzą bowiem żadne podstawy do przyjęcia możliwości tylko „wybiórczego” stosowania enumeratywnie wymienionych przepisów prawnych. Ponadto, ww. artykule prawodawca wyraźnie określił, że *prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia*. W związku powyższym, zdaniem kontrolujących, opisowi przedmiotu zamówienia w postępowaniach o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne mają służyć kody CPV, a przez to także potencjalnym wykonawcom. Dodatkowo podkreślić należy, że kody CPV mają istotne znaczenie w przypadku zamówień, które 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).

Ustalono, że w prowadzonym postępowaniu na *wykonywanie i opisywanie badań PET/CT oraz badań scyntygraficznych* 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 wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny.*

Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. w piśmie z dnia 23.05.2018r. wyjaśnił, że *w postępowaniu stosuje kryteria jakości i dostępności, jednak traktuje je jako warunek udziału w postępowaniu a nie przedmiot oceny. Kryterium jakości jest na przykład posiadanie specjalizacji czy uprawnień. Tak samo z dostępnością. Zawieramy tylko umowy z podmiotami, które całkowicie dostosowują swoją dostępność do potrzeb ŚCO wynikających z harmonogramu pracy Działów. Kryterium ciągłości i kompleksowości zawiera się w wymogu całościowego udzielania wymaganych świadczeń. ŚCO nie dopuszcza składania ofert innych niż całościowe/kompleksowe na pełny zakres świadczeń. Wymóg jakości (specjalizacja) wskazuje na kryterium ciągłości udzielania świadczeń w wymaganym zakresie.*

*(Dowód: akta kontroli str.59 Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

W opinii kontrolujących kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, czyli kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena powinny być opisane przez udzielającego zamówienie w sposób jednoznaczny i wyczerpujący wraz podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert, który winien być mierzalny. Dodatkowo kontrolujący 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 postępowań”<sup>18</sup>.*

---

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



W przypadku postępowania na *wykonanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych, z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych* kryteria oceny ofert, zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert, były kompletne i zgodne z art. 148 ust. 1 u.ś.o.z.

W toku czynności kontrolnych ustalono, że w obydwu analizowanych postępowaniach konkursowych kryteria oceny ofert nie zostały upublicznione.

Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. złożył w tym zakresie pisemne wyjaśnienie informując, że *Kryteria oceny ofert nie są upublicznione ale pozostają jawne i dostępne w Sekcji Organizacyjnej dla każdego uczestnika.*

*(Dowód: patrz akta sprawy str.59)*

Kryteria oceny ofert jakie będą brane pod uwagę przy wyborze najlepszych ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne (art. 147 u.ś.o.z), czyli rozumiane w szczególności jako upublicznione. Dlatego zdaniem kontrolujących, w celu przejrzystości i szerszego dostępu do zamówień o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej powinny być one zamieszczone np. na stronie internetowej Szpitala. Takie działanie, w opinii kontrolujących, to szansa dla udzielającego zamówienie na zdobycie konkurencyjnych ofert a dla potencjalnych świadczeniodawców to szerszy dostęp do tego rodzaju zamówień.

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

- 30.06.2017r. – z GENMEDIC Łukasz S. z/s w Kielcach – umowa nr 23/2017 z terminem obowiązywania od 01.07.2017r. do 30.06.2019r.,
- 06.07.2017r. – z OBRAZOWANIE MOLEKULARNE Marta W. z/s w Warszawie – umowa nr 20/MN/2017 z terminem obowiązywania od 07.07.2017r. do 14.10.2018r.

Z tytułu realizacji przedmiotu umowy nr 23/2017 z dnia 30.06.2017r. tj. wykonywanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych, z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych Udzielający Zamówienia zobowiązał się wypłacić Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości 841,50 zł./jedno badanie za prawidłowo wykazanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ diagnostyki, przy czym łączna wartość udzielonych świadczeń nie może przekraczać 504 900,00 zł. Umowa przewidywała 30 – dniowy termin regulowania zobowiązania od daty doręczenia

wraz z zestawieniami wykonanych nieonkologicznych badań genetycznych w ramach SOK. Na podstawie okazanych faktur nr 7/2017/GEN z dnia 26.07.2017r., nr 8/2017/GEN z dnia 31.08.2017r., nr 9/2017/GEN z dnia 28.09.2017r., nr 10/2017/GEN z dnia 31.10.2017r., nr 11/2017/GEN z dnia 30.11.2017r. i nr 12/2017/GEN z dnia 21.12.2017r. wystawionych na kwotę 133 798,50 zł., stosownych wykazów oraz przelewów bankowych ustalono, że Szpital w terminie dokonywał płatności za udzielone usługi poza fakturą nr 7/2017/GEN z dnia 26.07.2017r.

Główny Księgowy – Agnieszka S. w piśmie z dnia 21.05.2018r. wyjaśniła, że *termin w/w faktury przypadał na 25.08.2017r. (piątek) w wyniku przeoczenia zapłata nastąpiła w dniu 28.08.2017r. (poniedziałek). Firma GENMEDIC nie naliczyła odsetek od w/w faktury. Sytuacja była jednorazowa, pozostałe zobowiązania wobec kontrahenta regulowane są terminowo.*

*(Dowód: akta sprawy str.60-64 Wyjaśnienie Głównego Księgowego oraz faktura i przelew)*

W przypadku umowy nr 20/MN/2017 z dnia 06.07.2017r. Strony ustaliły, że za wykonanie: badania PET/CT Przyjmującemu Zamówienie przysługiwało wynagrodzenie w kwocie 320,00 zł.; badania scyntygraficznego 40,00 zł. Umowa określała termin płatności za wykonane świadczenia do 20 dnia następnego miesiąca. W oparciu o przedstawione faktury nr FV/2017/07/3 z dnia 31.07.2017r., FV/2017/08/3 z dnia 31.08.2017r., F/2017/09/3 z dnia 30.09.2017r., F/2017/10/3 z dnia 31.10.2017r., F/2017/11/3 z dnia 30.11.2017r., F/2017/12/3 z dnia 31.12.2017r. wystawione na kwotę 41 160,00 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 *tryb rozpatrywania skarg i wniosków dotyczących działania*

ŚCO został uregulowany w Zarządzeniu nr 15/2014 z dnia 29.04.2014r., a następnie zmieniony Zarządzeniem nr 21/2017 z dnia 01.09.2017r.

(Dowód: akta sprawy str. 65-69 Zarządzenia Dyrektora ŚCO nr 15/2014 i 21/2017)

Według informacji sporządzonej przez Specjalistę ds. Systemów Zarządzania Jakością – Joannę P., w 2017r. wpłynęło 8 skarg wszystkie zostały uznane za niezasadne.

(Dowód: akta kontroli str. 70-71 Zestawienie Specjalisty ds. Systemów Zarządzania Jakością)

Badaniu poddano cztery skargi złożone i odnotowane w elektronicznym rejestrze skarg i wniosków prowadzonym w Sekretariacie Dyrektora Szpitala, przez:

- 1) Pacjenta, z datą wpływu 22.08.2017r., skarga dotyczyła *odmowy wykonania w Zakładzie Medycyny Nuklearnej badania PET*. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Odpowiedzi Skarżącemu udzielił Dyrektor Szpitala, pismem z dnia 13.09.2017r., znak: DN-072-57-2017(wysłano - 14.09.2017r.);  
Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 30.08.2017r. skargę pacjenta), z datą wpływu 04.09.2017r. skarga dotyczyła j.w. W odpowiedzi wystosowanej do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach pismem z dnia 13.09.2017r. znak: DN-0723-84-2017, Dyrektor Szpitala przesłał kopię odpowiedzi udzielonej Pacjentowi;
- 2) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 30.08.2017r. skargę pacjenta), z datą wpływu 04.09.2017r. Skarga dotyczyła *nierespektowania uprawnień Zastępcy Honorowego Dawcy Krwi*. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną – odpowiedź do NFZ została wystosowana pismem datowanym na 13.09.2017r., znak: DN-0723-85-2017 – pismo wysłano w dniu 14.09.2017r.;
- 3) Siostrę Pacjenta (e-mail), z datą wpływu 05.09.2017r., skarga dotyczyła *niestosownego zachowania lekarza w Poradni Hematologii i Nowotworów Krwi*. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną. Odpowiedź do Skarżącej wystosował Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 29.09.2017r., znak: DN-072-60-2017 – wysłano 02.10.2017r.;
- 4) Pacjenta Poradni Urologicznej z datą wpływu 12.07.2017r., skarga dotyczyła *braku możliwości zarejestrowania do specjalisty urologa w terminie wcześniejszym niż wrzesień 2018r.* W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną – lekarz uznał, że nie ma konieczności wyznaczenia

wcześniejszej wizyty lekarskiej. Odpowiedzi Skarżącemu udzielono w piśmie z dnia 24.07.2017r., znak: DN-072-48-2017 - wysłanym w dniu 25.07.2017r.;

Z ustaleń kontroli wynikało, że ww. skargi zostały rozpatrzone z zachowaniem ustawowego terminu, określonego w art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960r.<sup>19</sup>

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 w 2017r. ww. skargi nie podlegały analizie przez członków Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Kierownik Sekcji Organizacyjnej – Hubert K. pismem z dnia 23.05.2017r. poinformował, że *okresowa analiza skarg pacjentów wniesionych w 2017 roku zostanie przeprowadzona na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.*

*(Dowód: akta sprawy str. 72 Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej)*

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

*Opis stanu faktycznego*

W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach funkcjonuje system oceny satysfakcji pacjentów dotyczący realizowanych usług, który jest monitorowany w oparciu o schemat postępowania zawarty w *Planie przebiegu procesu PPP - 6/ŚCO* datowany na 01.02.2010r.

Na podstawie informacji uzyskanej od Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością – Jakuba G. ustalono, że ankiety są dostępne dla Pacjentów na oddziałach i na terenie Przychodni Onkologicznej przez cały rok, zbierane całorocznie do ogólnodostępnych urn i zbiorczo oceniane za określone okresy. Dzięki temu procesowi uzyskiwane są dane dotyczące stopnia spełnienia oczekiwań klienta. Badanie poziomu zadowolenia pacjentów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii do roku 2012 przeprowadzane były wśród:

- pacjentów ośrodków leczenia stacjonarnego,

<sup>19</sup> Ustawa z dn. 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2016.23 tj. ze zm. oraz Dz.U. 2017.1257 tj. ze zm)

- pacjentów poradni specjalistycznych,
- Zakładu Rehabilitacji,

a od roku 2013 badaniem ankietowym objęto również:

- Dział Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej,
- Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego Zakładu Rehabilitacji.

Od stycznia 2015 roku ankietyzacją satysfakcji pacjentów objęto także leczonych w Zakładzie Medycyny Paliatywnej oraz członków ich rodzin.

Z ww informacji wynika, że oceny dokonuje Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością. Wyniki i wnioski z przeprowadzonych badań są analizowane w *trakcie przeglądów zarządzania kierownictwa*, przekazywane osobom odpowiedzialnym za badane obszary (tj. Kierownikom Klinik/Działów/Zakładów i Koordynatorom ds. Pielęgniarstwa).

*(Dowód: akta kontroli str.73-74 Informacja sporządzona przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością)*

W toku czynności kontrolnych Pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością – Jakub G. i Specjalista ds. Systemu Zarządzania Jakością – Joanna P., przedstawili wnioski z analiz ankiet zebranych w okresie 01.03.2017r. do 28.02.2018r., z których wynika m.in. że:

- pacjenci zwracają szczególną uwagę na czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala – czas przyjęcia poniżej 1 godziny – 69 %, czas przyjęcia na powyżej 3 godzin – 5 % ankietowanych – postępujący trend malejący od 2014r.;
- 39 % badanych oceniło żywienie w szpitalu jako „bardzo dobre”, 56 % jako „dobre”, tylko 5 % pacjentów określiło jako „złe” (15 % - posiłki niesmaczne, 27 % - zbyt zimne, 15 % - zbyt gorące, 100% - zbyt krótki czas między obiadem a kolacją oraz zbyt wczesna pora kolacji);
- pacjenci wysoko oceniają życzliwość personelu lekarskiego – „bardzo życzliwy” i „życzliwy” – 98 % i 97 %;
- wśród ankietowanych wysoki odsetek odpowiedzi najwyższych dotyczył sposobu informowania o istocie przebiegu procesu leczenia i badań diagnostycznych oraz zachowań i dalszego leczenia poszpitalnego – kontakt z lekarzem jako „na każde żądanie” - 54 % badanych, 13 % wskazało, że lekarz kontaktuje się 1 raz dziennie lub rzadziej, 97 % ankietowanych stwierdziła, że otrzymała

informacje dotyczące przebiegu choroby, 2 % uważała, że nie uzyskała informacji na ten temat, 95 % pacjentów wśród ankietowanych uznało, że wyjaśniono im na czym będą polegać zabiegi, którym zostaną poddani, grupa 2% pacjentów, uważała że nie zostali zaznajomieni ze specyfiką zabiegów; 77% ankietowanych stwierdziło, że zostało poinformowanych o skutkach ubocznych leków, 12 % ankietowanych uznało, że ich to nie dotyczy, a 11% odpowiedziało, że nie uzyskało takiej informacji;

- ocena warunków sanitarnych i bytowych - 69 % pacjentów określiło czystość sal chorych jako „bardzo czyste”, 31 % jako „czyste”. Stan czystości w łazienkach został określony jako „bardzo czyste” w 63 %, a jako „czyste” – 36 %, 1 % ankietowanych oceniło ten aspekt negatywnie.

Badanie przeprowadzono wśród 532 pacjentów Ośrodka Lecznictwa Stacjonarnego. Najliczniejszą grupę stanowiły ankiety pochodzące z Działu Urologii - 220 sztuk stanowiących 41 % ogółu zebranych ankiet. Najmniejsza liczba pochodziła z Klinik: Onkologii Klinicznej i Endokrynologii.

*(Dowód: akta kontroli str.75-76 Wnioski z analizy ankiet sporządzone przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Specjalistę ds. Systemu Zarządzania Jakością.)*

Według informacji z Zestawienia przygotowanego przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością – Jakuba G. potwierdzonych dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach posiadało:

1. Certyfikat ISO 22000:2005 potwierdzający spełnienie przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach wymagań w zakresie *Żywienia zbiorowego, w tym pacjentów ośrodków lecznictwa stacjonarnego*. Okres obowiązywania Certyfikatu do 31.05.2019r.
2. Certyfikat ISO 9001:2008 potwierdzający spełnienie przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach wymagań w zakresie *Leczenie ogólne i onkologiczne oraz związana z nimi działalność niemedyczna*. Okres obowiązywania Certyfikatu do 14.09.2018r.

*(Dowód: akta kontroli str. 77 Zestawienie Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością)*

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

Według informacji Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej – Jana S., w 2017 roku Szpital posiadał 2750 pozycji aparatury i sprzętu medycznego, który był wykorzystywany przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i usług medycznych.

*(Dowód: akta kontroli str. 78 Informacja Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej)*

Zasady nadzorowania aparatury, sprzętu medycznego zostały ustalone w Procedurze Nr: PS-08/TT z dnia 05.09.2014r. „*Procedura nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym w Świętokrzyskim Centrum Onkologii*” zatwierdzonej przez Z-cę Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych. W ww. dokumencie wskazano m.in., że *celem procedury jest ustalenie sposobu postępowania w zakresie nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym, poprzez wprowadzenie dokumentacji opisującej parametry aparatury, zasady użytkowania, nadzór nad poprawnością działania i eksploatacji (...)* Odpowiedzialnymi za prowadzenie zapisów z przeglądów, działań koordynujących między ŚCO a jednostkami serwisowymi (zewnętrznymi) są pracownicy Zespołu Aparatury Medycznej. „*Ewidencja i nadzór nad aparaturą i sprzętem medycznym*” dokonywana jest w formie elektronicznej. W trakcie czynności kontrolnych, przedstawiono wydruk z harmonogramu przeglądów aparatury i sprzętu medycznego obejmujący: nazwę i typ urządzenia, lokalizację, termin i godzinę planowanego przeglądu.

W Szpitalu w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością QMS, FSMS obowiązywały: Program Zapewnienia Jakości w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – PS-42/LMN-OR z dnia 22.12.2014r., Procedura Regulamin pracy w Pracowni Rezonansu Magnetycznego – PS-05/LDO z dnia 22.12.2014r., Procedura kontroli środowiska pracy, dawek indywidualnych, szczelności źródeł w Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET – PS -33/LMN-OR z dnia 08.09.2015r., Procedura Kontroli jakości gamma – aparatu PET/CT Biograph 64 – PS-35/LMN z dnia 20.06.2016r. oraz Procedura Nadzoru nad sprzętem diagnostycznym i kontrolno-pomiarowym – PS-34/LMN z dnia 11.09.2017r. *Za nadzór nad wdrożeniem i utrzymaniem Programu zapewnienia Jakości w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej odpowiedzialna jest Dyrekcja ŚCO oraz bezpośrednio kierownicy: Zakładu Diagnostyki Obrazowej oraz Zakładu Medycyny Nuklearnej.*

Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądowego sprawowały osoby posiadające uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej.

Na podstawie informacji złożonej przez Starszego Specjalistę ds. Aparatury Medycznej – Jana S., ustalono, że Szpital, w okresie objętym kontrolą, podpisał osiem umów serwisowych:

Lp.	Numer umowy i data zawarcia/okres obowiązywania	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot
1.	429/117/17 z dnia 08.11.2017r. /08.11.2017r. – 07.11.2020r./	Philips Polska	Obsługa serwisowa rezonansu magnetycznego Achieva; Stacji lekarskiej Achieva
2.	430/117/17 z dnia 08.11.2017r. /08.11.2017r. – 07.11.2020r./	Philips Polska	Obsługa serwisowa Aparatu do znieczulania, typ Dameca MRI 508; Kardiomonitora, typ MR 400
3.	428/117/17 z dnia 08.11.2017r. /08.11.2017r. – 07.11.2020r./	Philips Polska	Obsługa serwisowa Aparatu RTG, typ Pulsera BV; Aparatu RTG, typ Practix; Aparatu RTG, typ Bucky
4.	427/117/17 z dnia 08.11.2017r. /08.11.2017r. – 07.11.2020r./	Philips Polska	Obsługa serwisowa Echokardiografu, typ Epiq 7 (w zakresie naprawy, przeglądów)
5.	417/123/17 z dnia 11.10.2017r. /11.10.2017r. – 10.10.2020r./	Carestream Health Poland	Obsługa serwisowa Systemu DRX1 aparatu RTG (w zakresie naprawy, przeglądów)
6.	336/97/17 z dnia 01.08.2017r. / 01.08.2017r. – 31.07.2020r./	Varian	Obsługa serwisowa Aparatu HDR, typ GammaMed
7.	391/112/17 z dnia 13.09.2017r. /13.09.2017r. – 12.09.2020r. /	Erbe Polska	Obsługa serwisowa: diatermii elektrochirurgicznych – 25 szt., Przystawek argonowych do diatermii – 3 szt. Aparatu do odciągania gazów do diatermii, (w zakresie naprawy, przeglądów)
8.	335/94/2017 z dnia 31.07.2017r. /31.07.2017r.- 30.07.2018r./	Elekta	Obsługa serwisowa Aparatu HDR, typ microSelectron 10120

Z ww. informacji wynikało również, że w 2017r. w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach obowiązywało 17 umów, które dotyczyły obsługi serwisowej m.in.: tomografów: Somatom Open, Emotion, Definition; rezonansów magnetycznych Skyra, Achieva; Sterylizatora Sterrad; aparatu do znieczulenia Aestiva.

*(Dowód: akta kontroli str. 79-83 Szczegółowy wykaz umów obowiązujących w 2017r.)*

Jednocześnie Starszy Specjalista ds. Aparatury Medycznej – Jan S. wyjaśnił, że *Świętokrzyskie Centrum Onkologii nie posiada umów serwisowych, przedmiotem*



których są przeglądy roczne i naprawy urządzeń medycznych w ogólnym zakresie. W przypadku przeglądów, bądź naprawy na podstawie zapytania ofertowego Szpital zleca jednorazowo usługę w wyżej wymienionym zakresie.

*(Dowód: akta kontroli str.84 Oświadczenie Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej)*

Na podstawie Zestawienia analitycznego obrotów i sald za rok 2017 od konta 402-203 – Usługi obce – Naprawy sprzętu medycznego i od konta 402-204 – Usługi obce – Opłaty serwisowe sprzętu medycznego ustalono, że Szpital w 2017r. poniósł koszty z tytułu naprawy sprzętu medycznego w wysokości 145 494,47 zł., a z tytułu opłat serwisowanych kwotę 6 108 945,49 zł.

*(Dowód: akta kontroli str.85-86 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 medycznych<sup>20</sup>. Wyrównkowej kontroli poddano certyfikaty/świadectwa sprawności niżej wymienionej pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- tomograf komputerowy – typ Somatom Sensation Open, nr seryjny 49322, rok produkcji 2005r., (producent Siemens), eksploatacja od 2005r. (gwarancja do 2006r.), użytkowany w Pracowni TK;
- tomograf komputerowy – typ Somatom Definition AS, nr seryjny 66387, rok produkcji 2012r., (producent Simens), eksploatacja od 2013r. (gwarancja do 2014r.), użytkowany w Pracowni TK;
- rezonans magnetyczny – typ Skyra, nr seryjny 46031, rok produkcji 2015r. (producent Siemens), eksploatacja od 2016r. (gwarancja 2017r.), użytkowany w Pracowni MR;
- rezonans magnetyczny – typ Achieva, nr seryjny 22301, rok produkcji 2008 (producent: PHILIPS), eksploatacja od 2009r., (gwarancja do 2011.r.), użytkowany w Pracowni MR,
- aparat RTG – typ BuckyDiagnost FS, numer seryjny 12000186, rok produkcji 2012, (producent PHILIPS), eksploatacja od 2014r. (gwarancja do 2017r.), użytkowany w Pracowni RTG,
- skaner PET/CT – typ Biograph 64, numer seryjny 1015, rok produkcji 2007, (producent Siemens), eksploatacja od 2008r. (gwarancja do 2009r.), użytkowany w Pracowni PET.

---

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

Na podstawie okazanej dokumentacji (certyfikaty, świadectwa sprawności) ustalono, że wszystkie przeglądy, za wyjątkiem aparatów: RTG BuckyDiagnost FloorSystem oraz rezonansu magnetycznego magnetom Skyra, zostały wykonane w terminach.

Według informacji Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej – Jana S, w przypadku przesunięcia badań technicznych w stosunku do zaplanowanych terminów odnośnie aparatów: RTG BuckyDiagnost FloorSystem oraz rezonansu magnetycznego magnetom Skyra wynikały z przyczyn losowych. W przypadku aparatu RTG to brak wolnych terminów, co do rezonansu przesunięcie wynikało z awarii drugiego aparatu Achiewa 1,5T. W tym czasie aparaty pracowały. Dopuszczone zostały do dalszej pracy na podstawie ich sprawności technicznej, która wynikała z testów jakie wykonywane są automatycznie w każdy dzień podczas uruchomienia aparatu. Jednocześnie poinformował, że w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek nieprawidłowości zabezpieczenia nie pozwolą na wykonywanie badań.

(Dowód: akta kontroli str.87 Informacja Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej)

Na wniosek kontrolujących Szpital przedłożył wykaz pn. Stopień wykorzystania wybranego sprzętu aparatury medycznej w okresie objętym kontrolą – tj. aparatów MRI, tomografów, PET-a. 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 MRI, tomografach, PET.

Nazwa urządzenia	Ilość szt	Ilość badań	Norma czas. bad. (w min.)	Ilość badań w 1 dniu	Czas naprawy (w godzinach)	Ilość dni roboczych	Całkowita ilość badań	Wykorz. urządzeń %
<b>2017rok</b>								
Aparat MRI	2	14303	od 30 min do 60 min	od 25 do 50	Achieva - 48,50 Skyra -19,45	365	od 9125 do 18250	od 78 do 100
Tomograf	3	23830	od 25 min do 60 min	od 30 do 75	Open-10,45 Definition-25,12 Emotion-16	365	od 10950 do 27375	od 87 do 100
PET	1	4177	od 30 min do 60 min	od 8 do 16	Biograph -60,15	265	od 2120 do 4240	od 98 do 100

Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń Statystyki Medycznej – Łukasz F., wskazał, że *aparaty rezonansu magnetycznego oraz tomografy komputerowe (Somatom Definition i Somaton Sensation Open) użytkowane są 7 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku (w godzinach: od 08:00 do 22:00) oraz w soboty (w godzinach: od 08:00 do 18:00), a w pozostałych godzinach tj. po 22:00 i 18:00 oraz w niedziele pełniony jest całodobowy dyżur medyczny i wykonywane są badania w trybie nagłym lub pilnym, na zlecenie oddziałów ŚCO oraz innych szpitali (z województwa świętokrzyskiego i województw ościennych). Tomograf komputerowy Emotion używany jest wyłącznie do planowania teleradioterapii (symulator CT) na potrzeby Działu Brachyterapii. Aparat Pet użytkowany jest pięć dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00.*

*(Dowód: akta kontroli 88 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

### **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.<sup>21</sup>

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.

<sup>21</sup> Rozporządzenie MF z dn. 22 12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011, nr 293poz.1729).

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.	6KR-0A930001	01.03.2016r. - 28.02.2017r.	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego	100 000 euro na jedno zdarzenie 500 000 euro na wszystkie zdarzenia
2.	6KRA-0A930004	01.03.2017r. - 28.02.2018r.	j.w	j.w.

Składki polis ubezpieczeniowych wymienionych w powyższym zestawieniu odpowiednio opiewały na kwoty w wysokości 149 580,00 zł. (płatne w 4 ratach: 4 x 37 395,00 zł.), zostały opłacone w umownych terminach, o czym świadczyły okazane przelewy bankowe.

**Ocena cząstkowa kontrolowanej działalności**Uzasadnienie  
oceny cząstkowej

W wyniku dokonanych, w toku kontroli ustaleń **pozytywnie z uchybieniami** oceniono działalność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach 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 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; działań Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnych z art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; gruntowego prezentowania, w raportach, wyników ankiet satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez Szpital; posiadania Certyfikatów ISO, potwierdzających spełnienie wymagań jakościowych; 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.

Stwierzone uchybienia miały związek z: opisem przedmiotu zamówienia w analizowanych postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pominięciem kodów CPV; niekompletnym zastosowaniem kryteriów oceny ofert oferenta w postępowaniu na wykonywanie i opisywanie badań PET/CT oraz badań scyntygraficznych; nieupublicznieniem kryteriów oceny ofert konkursu ofert w badanych postępowaniach; nieopłaceniem faktury nr 7/2017/GEN z dnia 26.07.2017r. za wykonanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych (...) w ustalonym terminie; nieprzedstawieniem członkom Rady Społecznej Szpitala skarg wniesionych, w 2017 roku, przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach.

Wskazanie osób  
odpowiedzialnych  
za stwierdzone  
nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialni są Dyrektor – Pan Stanisław Gózdź oraz Z-ca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych – Pani Teresa Czernecka.

## Zalecenia i wnioski

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

1. Dokonywać zmian wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.
2. Ujednolicić treść regulaminu organizacyjnego i księgi rejestrowej w zakresie nazewnictwa zakładów leczniczych, tak aby była ona jednakowa w statucie, regulaminie organizacyjnym oraz księdze rejestrowej.
3. Dostosować w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego strukturę organizacyjną zakładu, zgłoszoną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. W przeprowadzanych postępowaniach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy:
  - a) porównywać oferty w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - b) upubliczniać kryteria oceny ofert,
  - c) 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.WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z póź.zm.)
5. Przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Umożliwić Radzie Społecznej Szpitala realizację zadania wynikającego z art. 48 ust. 2 pkt 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. poprzez przedstawienie skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

## Pozostałe informacje i pouczenia

*Obowiązek  
poinformowania  
o sposobie  
wykonania zaleceń  
i wniosków  
pokontrolnych*

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/*

Kielce, dnia ..... 2018r.