

DOZ.III.1711.7.1.2018

## **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.1711.3.2018 z dnia 02.02.2018r.
2. Magdalena Tomska – inspektor, upoważnienie do kontroli nr DOZ.1711.4.2018 z dnia 02.02.2018r.

*(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 02.02.2018r. o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli))*

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod poz.42

Data  
rozpoczęcia  
i  
zakończenia  
czynności  
kontrolnych

Od 20.02 do 02.03.2018r.

Zakres  
kontroli

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

Jednostka  
kontrolowana

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Kierownictwo  
jednostki  
kontrolowanej

Pan Andrzej Domański – Dyrektor  
Pan Krzysztof Bidas – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Pani Wiesława Nowocień – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa  
Pan Włodzimierz Wielgus – Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych  
Pan Jacek Jaworski – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Ekonomicznych

## Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Ocena działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego 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 nieprawidłowościami i uchybieniami**.

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

### Opis ustalonego stanu faktycznego

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

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

Stan faktyczny poszczególnych zagadnień kontroli przedstawiony został w kolejności wyszczególnionej w *Programie kontroli* zatwierdzonym przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w dniu 02.02.2018r.

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

---

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

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

Opis stanu  
faktycznego

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do uchwały Nr XXI/365/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28.06.2012r. (z późn. 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 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/545/17 z dnia 20.11.2017r. w sprawie nadania *Statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Kielcach*. Dokument został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017r. pod pozycją 3542 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 do dnia kontroli Szpital nie złożył stosownego wniosku o dokonanie wpisu do Rejestru w związku z nadaniem *Statutu*.

Koordinator Radców Prawnych – Kamila K. w tym zakresie złożyła wyjaśnienie w brzmieniu: *„Zgodnie z treścią przepisu art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U.2017, poz.700 z późn. zm.), „wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia złożenia uzasadniającego dokonanie wpisu, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej”. Należy wskazać, iż przepis ten nie zawiera normy sankcjonującej. W świetle aktualnego stanu prawnego – zarówno ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym jak i innych ustaw szczególnych, zgłoszenie do Rejestru zmiany danych w nim ujawnionych, z przekroczeniem 7 – dniowego terminu, o którym mowa w przywołanym wyżej przepisie nie nakłada na podmiot, którego dotyczy zmiana żadnych sankcji. Wskazać nadto należy, że w dniu 21 lutego 2018r., został wniesiony do Sądu Rejonowego, właściwego*

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

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

dla Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach wniosek o dokonanie zmian w Rejestrze KRS (formularz Z22).

(Dowód: akta kontroli str. 9-10 Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)

Potwierdzeniem powyższego było przedstawienie, w trakcie trwania czynności kontrolnych, *Wniosku o zmianę danych podmiotu w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, który został złożony do Sądu Rejonowego w Kielcach X Wydział Krajowego Rejestru Sądowego z datą wpływu 21.02.2018r.

Według informacji Koordynatora Radców Prawnych – Kamili K. w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym w Kielcach, w badanym okresie, obowiązywał Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach: wersja 2/2015 z dnia 09.11.2015r., wersja 4/2016 z dnia 18.04.2016r., wersja 42619.1 z dnia 20.09.2016r., z dnia 21.11.2016r., z dnia 29.05.2017r., z dnia 12.09.2017r., z dnia 21.11.2017r. Z ww. informacji wynika, że na przestrzeni 2016r. i 2017r. *Regulamin* Szpitala 7 – krotnie ulegał zmianie. Każdorazowo, po wyrażeniu przez Radę Społeczną Szpitala, opinii w uchwałach nr 44/2015 z dnia 05.11.2015r., nr 15/2016 z dnia 18.04.2016r., nr 30/2016 z dnia 13.09.2016r., nr 41/2016 dnia 21.11.2016r., nr 18/2017 z dnia 22.05.2017r., nr 25/2017 z dnia 12.09.2017r., nr 34/2017 z dnia 21.11.2017r. – Dyrektor Szpitala Zarządzeniami wewnętrznymi nr 33/2015 z dnia 09.11.2015r., nr 19/2016 z dnia 18.04.2016r., nr 41/2016 z dnia 20.09.2016r., nr 45/2016 z dnia 21.11.2016r., nr 17/2017 z dnia 29.05.2017r., nr 26/2017 z dnia 12.09.2017r. i nr 37/2017 z dnia 21.11.2017r. wprowadzał test jednolity ww aktu wewnętrznego.

(Dowód: akta kontroli str.11-15 Zestawienia Koordynatora Radców Prawnych )

Analiza *Statutu* Szpitala (nadanego 20.11.2017r.), *Regulaminu Organizacyjnego* (t.j. z 21.11.2017r.) oraz *Księgi Rejestrowej* prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego (stan na 31.12.2017r.) wykazała rozbieżności w nazwie *Zakładów Leczniczych*. Wszystkie wymienione dokumenty stanowią, że Wojewódzki Szpital Zespólny w Kielcach wykonuje działalność leczniczą za pomocą dwóch *Zakładów* przy czym:

- w § 4 ust. 5 Statutu jest to: *Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych i Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych*;

- w § 3 ust. 1 lit a) i b) Regulaminu to: *Zakład Lecznicy Świadczeń Szpitalnych i Zakład Lecznicy Świadczeń Ambulatoryjnych*;
- w rubryce 22 Lp. 1 i Lp. 2 Księgi Zakłady oznaczono jako: *Zakład Świadczeń Szpitalnych i Zakład Świadczeń Ambulatoryjnych*.

Ponadto, ustalono, że w § 5 ust. 1 Statutu *Zakład udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń wysokospecjalistycznych, świadczeń odrębnie kontraktowanych, programów zdrowotnych, programów lekowych, badań laboratoryjnych, rentgenowskich*. Natomiast na podstawie § 2 ust. 4 Regulaminu wykazano, że poza ww wymienionym zakresem udzielania świadczeń zdrowotnych do zadań WSSZ należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego z pominięciem „badań rentgenowskich”.

Koordinator Radców Prawnych – Kamila K. udzieliła w tym obszarze pisemnych wyjaśnień z dnia 27.02.2017r. informując, że *rozbieżności (...), wynikają z woli wykazania w Regulaminie Organizacyjnym jak i w Księdze Rejestrowej szczegółowego zakresu faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych, które najczęściej mają charakter interdyscyplinarny, determinując tym samym potrzebę zawierania umów z podwykonawcami o specjalizacjach jakich brak wśród personelu medycznego zatrudnionego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach (np. leczenie stomatologiczne)*. Jednocześnie wyjaśniam, że podmiot leczniczy poczynił działania zmierzające do ujednoczenia zapisów Regulaminu Organizacyjnego jak i Księgi Rejestrowej WSZZ w Kielcach, względem tych wynikających ze Statutu. Ze względu na złożoność procedury związanej ze zmianą zapisów w Księdze Rejestrowej, zmiany te zostaną poczynione w możliwie jak najbliżej terminie. Na posiedzeniu Rady Społecznej z dnia 28 lutego 2018r. została przedłożona do zaopiniowania uchwała nr 09/2018 w sprawie zaopiniowania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, przyjęta jednomyślnie.

(Dowód: akta kontroli patrz str.9-10)

W trakcie czynności kontrolnych, przedstawiono *Protokół z posiedzenia Rady Społecznej WSZZ w Kielcach z dnia 28.02.2018r.* z treści którego wynika, że Rada Społeczna

zaopiniowała zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

Badanie obszaru pn *Realizacja zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym* pozwoliło na ustalenie, że komórki organizacyjne *Zakładu* ujęte szczegółowo w *Schemacie organizacyjnym* stanowiącym załącznik do *Regulaminu Organizacyjnego* (t.j. 21.11.2017r.) nie są zgodne z komórkami organizacyjnymi wskazanymi w Księdze Rejestrowej nr 000000014597 (stan na 31.12.2017r.) prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego lub na odwrót. Rozbieżności w tym względzie przedstawia poniżej zestawienie tabelaryczne:

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod resortowy	Schemat Organizacyjny	Księga Rejestrowa
1.	Poradnia Neurologiczna (dziecięca)	253	Brak wpisu	30.10.2015r.- data rozpoczęcia działalności
2.	Punkt Pobrań Materiałów do Badań	284	Brak wpisu	30.10.2015r.- data rozpoczęcia działalności
3.	Punkt Pobrań	230	Brak wpisu	01.10.2015r.- data rozpoczęcia działalności
4.	Pracownia Diagnostyki Obrazowej	048	Brak wpisu	30.08.1975r.- data rozpoczęcia działalności
5.	Dział Diagnostyki Obrazowej		Wpis	Brak wpisu
6.	Pracownia AIDS i WZW	069	Brak wpisu	30.08.1975r. - data rozpoczęcia działalności
7.	Pracownia Serologii		Wpis	Brak wpisu

Dodatkowo ustalono, że zgodnie ze *Schematem* Pracownia Serologii Transfuzjologicznej (kod resortowy 053) „udziela świadczeń” w ramach struktury organizacyjnej w *Zakładzie Leczniczym Świadczeń Szpitalnych*, natomiast według informacji zawartej w Księdze Rejestrowej w rodzaju *Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne*.

Wyjaśnień w wyżej opisanym zakresie udzieliły Kierownik Działu Marketingu – Anna S., Radca Prawny – Jolanta W. – W. pismem z dnia 14.03.2018r. w następujący sposób:  
**Poradnia Neurologiczna (dziecięca) (VII kod resortowy 253)** – Szpital wnioskował o rozwiązanie umowy z NFZ za porozumieniem stron z dniem 04.03.2016 roku. Przyczyną było wypowiedzenie umowy jednego z dwóch lekarzy, specjalistów z zakresu neurologii dziecięcej co spowodowało niespełnienie wymagań personalnych w zakresie poradni neurologicznej. W sytuacji pozyskania lekarza ze specjalizacją lub wykszolenia rezydentów Szpital podejmie kroki w kierunku ponownego uzyskania kontraktu z NFZ.  
**Punkt Pobrań Materiałów do Badań (VII kod resortowy 284)** – moment połączenia

podmiotów WSZZ i WSSD wymagał uwzględnienia w rejestrze ZOZ wszystkich komórek organizacyjnych funkcjonujących w Szpitalu Dziecięcym. Brak zamknięcia w/w komórki organizacyjnej wynika z przeoczenia, czynność techniczna zamknięcia w Rejestrze zostanie dokonana w trybie pilnym.

**Pracowania Diagnostyki Obrazowej** (VII kod resortowy 048) zmieniła nazwę na **Dział Diagnostyki Obrazowej**, celem ujednoczenia dwóch struktur podlegających pod jednostkę: Zakład Diagnostyki Obrazowej, na który obecnie składają się Dział Diagnostyki Obrazowej i Dział Diagnostyki Obrazowej Pediatricznej – czynność techniczna zmiany nazwy w rejestrze zostanie dokonana w trybie pilnym.

**Pracowania Serologii Transfuzjologicznej** (VII kod resortowy 053) – nadal istnieje w schemacie organizacyjnym, jednak zmianie uległo usytuowanie komórki organizacyjnej z dotychczasowego przedsiębiorstwa świadczeń ambulatoryjnych do przedsiębiorstwa świadczeń szpitalnych – powyższe zostanie zmienione w trybie pilnym.

**Pracowania AIDS i WZW** (VII kod resortowy 069) zmieniła nazwę na **Pracownię Serologii Mikrobiologii**- czynność techniczna zmiany nazwy w Rejestrze zostanie dokonana w trybie pilnym.

**Pracowania Analityczna** (VII kod resortowy 230) zmieniła nazwę w Rejestrze na **Punkt Pobrań** (VII kod resortowy pozostał bez zmian 230). Powyższe nie zostało uwzględnione w schemacie organizacyjnym WSZZ, co nastąpi w trybie pilnym na najbliższej Radzie Społecznej.

(Dowód: akta kontroli str.16 Wyjaśnienie Kierownika Działu Marketingu, Radcy Prawnego)

Na podstawie Zestawienia sporządzonego przez Koordynatora Radców Prawnych – Kamilę K. ustalono, że z dniem 01.10.2017r. działalność rozpoczęło Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej o czym świadczy również wpis do Księgi Rejestrowej.

(Dowód: akta kontroli patrz str.11-15)

W związku z powyższym, mając na uwadze art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. b) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej<sup>4</sup> (zwana dalej u.dz.l), który stanowi, że *Do zadań rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem*

---

<sup>4</sup> ustawa z dn. 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016, poz.1638 t.j. ze zm.)



*lub ograniczeniem działalności oraz § 15 ust. 3 Statutu w brzmieniu Sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczaniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego, przedstawiono kontrolującym uchwałę Nr 2816/17 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 12.07.2017r. w sprawie wyrażenia stanowiska w przedmiocie rozszerzenia działalności leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej poprzez utworzenie Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej poprzedzoną uchwałą nr 9/2017 Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach z dnia 28.02.2017r. w sprawie Przedstawienia podmiotowi tworzącemu opinii w przedmiocie rozszerzenia działalności leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (...).*

Czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że *Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej* została uwzględniona w Schemacie organizacyjnym ale nie rozpoczęła działalności, w zamian powstało *Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej* o czym świadczy pozytywna opinia Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w tym względzie wyrażona w uchwale Nr 34/2017 z dnia 21.11.2017r.

Zatem, mając na uwadze wyżej cytowane regulacje prawne, kontrolujący zwrócili się ustnie z pytaniem czy podmiot tworzący został zapoznany ze zmianą w opisywanym zakresie.

Koordinator Radców Prawnych – Kamila K. pismem z dnia 02.03.2018r. wyjaśniła, że *W odniesieniu do kwestii rozszerzenia działalności leczniczej poprzez utworzenie w strukturach WSZZ ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wyjaśniam, że uchwała Rady Społecznej oraz podmiotu tworzącego w tej sprawie odnosi się do podstawowej opieki zdrowotnej, albowiem, zgodnie z zarządzeniem nr 71/2017/DSM Prezesa NFZ z dnia 11.08.2017r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju POZ w zakresie NiŚOZ, zakres nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zawiera się w rodzaju POZ, stąd uchwała została wydana w najszerszy z możliwych sposobów. Wyjaśniam także dodatkowo, że w ramach planowanej pierwotnie oraz wpisanej do schematu organizacyjnego Przychodni POZ powstało Ambulatorium NiŚOZ.*

*(Dowód: akta kontroli str. 17 Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)*

Ocena cząstkowa

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: brakiem złożenia wniosku o dokonanie zmian w Rejestrze KRS w ustawowym terminie, w związku z nadaniem przez podmiot tworzący *Statutu*; odmiennym określeniem *Zakładów leczniczych*, w dokumentach stanowiących: akt prawa miejscowego, prawa wewnętrznego i Księdze Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego; niejednakowym zobrazowaniem zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w *Statucie* i *Regulaminie Organizacyjnym*; rozbieżnościami w zakresie struktury organizacyjnej Szpitala w stosunku do treści zawartej w Księdze Rejestrowej; niezgodnością stanu faktycznego z danymi zgłoszonymi do Księgi Rejestrowej, która świadczy o niedopełnieniu przez Szpital obowiązku określonego art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Osoba  
odpowiedzialna  
za powstanie  
stwierdzonych  
uchybień

Za stwierdzone uchybienia, odpowiedzialny jest Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach – Pan Andrzej Domański.

## II. 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 świadczenia lub usługi opieki zdrowotnej, sprawdzenie zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych po konkursie przeprowadzonym według procedur określonych w przepisach, udzielania zamówień na świadczenie zdrowotne i zawarcie umów, tryb postępowania ze skargami i wnioskami wnoszonymi przez pacjentów na działalność jednostki, proces ankietyzacji satysfakcji pacjenta, system zarządzania w tym posiadane certyfikaty/akredytacje, wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Poniżej szczegółowo przedstawiono ustalenia kontroli według wyżej wymienionych zagadnień.

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

*Opis stanu faktycznego*

Według informacji z zestawień przygotowanych przez Starszego Specjalistę Działu Marketingu – Krzysztofa W., Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2016 rok i 2017 rok kontrakty o łącznej wartości 540.161.248,49zł. (263.566.489,92 zł. na rok 2016 i 276.594.758,57zł. na rok 2017). Przedmiotem ww umów były świadczenia zdrowotne realizowane w ramach oddziałów szpitalnych (w zakresie m.in. kardiologii, neonatologii, kardiochirurgii, okulistyki, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, neurologii, chorób zakaźnych pediatrii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, otolaryngologii), programów lekowych (w zakresie m.in. leczenia niedokrwistości, stwardnienia rozsianego, wirusowego zapalenia wątroby typu b), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w zakresie m.in. diabetologii, nefrologii, położnictwa i ginekologii, neurologii). Ponadto, w związku z realizacją świadczeń wykonanych ponad limit, Jednostka kontrolowana podpisała z NFZ ugody w 2016r. na łączną wartość 18.160.679,47 zł. i w 2017r. na 12.629.298,84 zł. W efekcie Szpital w kontrolowanym okresie realizował

kontrakt o łącznej wartości 570.951.226,80zł, zaś wykonanie osiągnęło poziom 574.190.293,12 zł., co stanowiło 100,57% wartości podpisanych umów i uгод.

*(Dowód: akta kontroli str. 18-31 zestawienie umów zawartych z NFZ sporządzone przez Starszego Specjalistę Działu Marketingu )*

Zgodnie z § 5 ust.1 Statutu z dnia 20.11.2017r., § 3 Regulaminu organizacyjnego – tj. z dnia 21.11.2017r. oraz informacją zawartą w Księdze Rejestrowej, Szpital prowadził w kontrolowanym okresie działalność leczniczą rodzaju: *stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne*. Świadczenie te, stosownie do § 3 ust. 4 Regulaminu organizacyjnego udzielane były w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Kielcach przy ulicy: Grunwaldzkiej 45, Artwińskiego 1, Artwińskiego 3a, Radiowej 7 oraz Kościuszki 3.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach uregulowany został w: Regulaminie Organizacyjnym, Księdze Procedur oraz Planach Przebiegu Procesu Realizacji Usług Medycznych. W okresie objętym kontrolą obowiązywała Księga procedur wydania z 03.09.2015r., 03.10.2015r., 22.02.2016r.) oraz Plany Przebiegu Procesów z 05.02.2015r., 20.01.2016, 22.03.2017r.

Według ww. uregulowań o przyjęciu do Szpitala decyduje lekarz odpowiedniej kliniki/oddziału, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, na podstawie: skierowania do szpitala, po uzyskaniu zgody od pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są świadczeniobiorcom na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie, w godzinach podanych do informacji w rejestracji.

Świadczenia zdrowotne w zakładzie udzielane są bez skierowania w stanach nagłych w trybie pilnym tj. *w stanie bezpośredniego zagrożenia życia np. jeżeli pacjent trafia z wypadku lub innych okoliczności które zmuszają go do pozostania w szpitalu*. W księdze procedur Szpitala określone zostały także zasady postępowania w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala, wówczas *lekarz prowadzący informuje pacjenta o zastosowanym leczeniu oraz udziela wskazówek dotyczących dalszego leczenia, a także podaje w karcie informacyjnej powód odmowy*. Szpital umożliwia rejestrację pacjentów bezpośrednio, telefonicznie lub drogą

elektroniczną. Rejestracją pacjentów, w dniu ich zgłoszenia, zajmują się sekretarki(-rze) oraz rejestratorzy(-rzy) medyczne(-ni) w danych komórkach organizacyjnych, którym obowiązek ten wpisano do zakresu czynności.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych – Barbarę I. ustalono, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu leczono łącznie 433687 osób, w tym na oddziałach Szpitala 130646 oraz poradniach 303041. W 2017r. wystąpił wzrost liczby leczonych na oddziałach w stosunku do 2016r. o 586, tj. 0,90% (w 2016r. - 65030, w 2017r.- 65616). Z kolei liczba udzielonych porad zmalała o 5447 tj.3,53% (w 2016r. - 154244, w 2017r. -148797).

Wg ww. informacji na dzień 31.12.2017r. Szpital dysponował 1043 łózkami tj. mniej o 20 w stosunku do stanu z dnia 31.12.2016r. oraz 115 miejscami na oddziałach dziennych (Rehabilitacji Diennej, Kardiologicznej oraz Terapii Uzależnień). W związku z powyższym Starszy Specjalista Działu Marketingu – Pan Krzysztof W., przedstawił kontrolującemu pismo Szpitala skierowane do Wydziału Centrum Zdrowia Publicznego z dnia 22.09.2017r., w którym uzasadniono zmianę liczby łóżek odpowiednio w poszczególnych komórkach tj:

- Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej w związku z zakończeniem prac remontowych i dostosowaniem oddziałów szpitalnych do wymogów prawa – zmniejszenie o 20<sup>5</sup>,
- Klinice Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej w związku z koniecznością wprowadzenia zmian organizacyjno - restrukturyzacyjnych – zmniejszenie o 9<sup>6</sup>,
- Klinice Kardiochirurgii oraz Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej – zwiększenie odpowiednio o 8 i 17<sup>7</sup>, z uwagi na wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa na specjalistyczne świadczenia.

*(Dowód: akta kontroli str 32-33 zestawienia Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych, oraz pismo z dnia 22.09.2017r.)*

Biorąc pod uwagę liczbę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania, szczegółowej analizie poddano wykonanie usług medycznych w okresie 2016-2017 w czterech oddziałach: Okulistycznym z salą operacyjną (zabiegi w zakresie soczewki-

---

<sup>5</sup> Dane z Księgi Rejestrowej Nr 000000014597,

<sup>6</sup> Patrz: j.w.

<sup>7</sup> Patrz: j.w.,

zająca), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (zabiegi w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego), Otolaryngologicznym, Rehabilitacji Neurologicznej (przy ul. Grunwaldzkiej 45 i ul. Kościuszki 3) oraz w Klinice Chirurgii Dziecięcej Urologii i Traumatologii, działających w systemie całodobowym. Z zakresu świadczeń ambulatoryjnych do kontroli wytypowano pięć poradni, działających w określonych godzinach pracy, tj. Poradnie: Okulistyczną, Neurologiczną, Otolaryngologiczną, Endokrynologiczną dla Dzieci Gastroenterologiczną dla Dzieci. W oparciu o zestawienia sporządzone przez Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych – Barbarę I., zapisy w Księdze Rejestrowej oraz stronę internetową Szpitala ustalono, że:

**1. Oddział Okulistyczny z salą operacyjną (zabiegi w zakresie soczewki - zaćmy)**

funkcjonuje w strukturze Kliniki Okulistyki, kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej: 4600 Oddział okulistyczny. Komórka rozpoczęła działalność w dniu 30.08.1975r. Na Oddział przyjmowani są chorzy ze schorzeniami narządu wzroku wymagający leczenia operacyjnego oraz zachowawczego. Oddział liczy 29 łóżek. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. osiągnął poziom 75,86%, co w porównaniu do 2016r. stanowiło wzrost o 3,45%.

W poddanym kontroli okresie leczono 3717 osób (w tym 2.234 przypadki pilne oraz 1483 stabilne), co stanowiło 2,84% leczonych na wszystkich oddziałach podmiotu leczniczego. W 2017r. nastąpił wzrost liczby leczonych o 121 osób (1919) w stosunku do 2016r (1798 osób).

**2. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – zabiegi w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego**

rozpoczął działalność w dniu 30.08.1975r. i działa w strukturze organizacyjnej Kliniki Chirurgii Ortopedyczno - Urazowej – kod resortowy: 4580. Na Oddział przyjmowani są pacjenci, którym wykonywane są m.in. protezoplastyki stawów biodrowych, kolanowych oraz małych stawów, realloplastyki z użyciem najnowocześniejszych systemów rekonstrukcji kostnej, artroskopie i zabiegi rekonstrukcyjne. W 2017r. oddział dysponował 55<sup>8</sup> łózkami, tj. o 9<sup>9</sup> mniej niż w 2016r. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. oscylował na poziomie 32,73%, tj. o 3,04% większym niż w roku poprzednim. W badanym czasookresie w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego leczono 390 osób (w tym: 128 przypadki pilne oraz 262 stabilne), co stanowiło 0,30% leczonych na oddziałach

---

<sup>8</sup> w tym 2 łózkami intensywnej opieki medycznej

<sup>9</sup> patrz wyjaśnienie kontrolowanego w zakresie zmiany ilości łóżek

Szpitala. W 2017r. obserwuje się zwiększenie liczby leczonych pacjentów o 106 w porównaniu do 2016r. (w 2017r. leczono – 248 pacjentów, w 2016 -142).

- 3. Oddział Otorynolaryngologiczny** rozpoczął swoją działalność w dniu 01.07.2008r. W chwili obecnej funkcjonuje w strukturze organizacyjnej Kliniki Otorynolaryngologicznej, z kodem resortowym: 4610. Na oddziale leczeni są pacjenci ze schorzeniami w zakresie m.in.: migdałków podniebiennych, przegrody nosa i zatok obocznych nosa, polipów (nowoczesną metodą FESS), guzów łagodnych szyi i krtani. Komórka liczy 33<sup>10</sup> łóżka. Wskaźnik obłożenia łóżek w 2017r. w stosunku do 2016r. wzrósł o 12,12% i osiągnął poziom 57,57%.

Na oddziale leczono 4712 osób (w tym 14 przypadki pilne i 1802 stabilne), co stanowiło 3,61 % leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. W 2017r. zaobserwowano trend rosnący liczby leczonych, wzrost o 550 osób w stosunku do roku ubiegłego (w 2017r. - 2631 osób, w 2016r. - 2081 osób).

- 4. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej** funkcjonuje w ramach Świętokrzyskiego Centrum Neurologii - kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej to: 4306. Oddział zlokalizowany jest przy ul. Kościuszki 3 (data rozpoczęcia działalności 01.01.2011r.) oraz ul. Grunwaldzkiej 45 (data rozpoczęcia 01.11.2011r.). Rehabilitacja na oddziale obejmuje ostrą i przewlekłą rehabilitację pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Wykonanie usług medycznych zaprezentowano dla obu lokalizacji łącznie. W badanym czasie oddział dysponował 32<sup>11</sup> łózkami. W 2017r. zaobserwowano wzrost poziomu obłożenia łóżek o 9,37% w stosunku do roku poprzedzającego (w 2017r. - 84,37%, w 2016r. 75%). Na oddziale leczono 493 pacjentów (w tym 109 przypadki pilne i 36 stabilne), tj. 0,38 % wszystkich leczonych na oddziałach szpitalnych. W 2017r. leczono o 3 osoby mniej niż w 2016r. (w 2017- 245, w 2016r. - 248).

- 5. Klinika Chirurgii Dziecięcej Urologii i Traumatologii** - kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 235, rozpoczęła działalność w dniu 30.10.2015r. Zakres świadczonych usług obejmuje m.in. leczenie: wad wrodzonych różnych narządów, schorzeń chirurgicznych głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, oparzenia, chirurgię onkologiczną i endokrynologiczną dzieci i młodzieży, urologię dziecięcą.

---

<sup>10</sup> w tym 4 łózkami intensywnej opieki medycznej

<sup>11</sup> w tym: 27 łóżek na Oddziale przy ul. Grunwaldzkiej ( w tym 1 intensywnej opieki medycznej) oraz 5 na Oddziale przy ul. Kościuszki ( w tym 1 intensywnej opieki medycznej)

Klinika dysponuje 40<sup>12</sup> łózkami rzeczywistymi, zaś ich wykorzystanie w okresie objętym kontrolą, kształtowało się na poziomie 70%. W latach 2016-2017 w Klinice leczeniem objęto 7056 pacjentów (w tym: 3 przypadki pilne i 1161 stabilne), tj. 5,40% ogólnej liczby leczonych w zakresie szpitalnym. Analiza wykazała trend spadkowy grupy leczonych w 2017r. o 92 osoby w porównaniu do 2016r. (w 2017r. - 3482, w 2016r. - 3 574).

- 6. Poradnia Okulistyczna** – nr kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej: 1600. Poradnia rozpoczęła działalność w dniu 30.08.1975r. i zapewnia ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie diagnozowania i leczenia schorzeń okulistycznych. W okresie objętym kontrolą udzielono 13779 porad (w tym 413 przypadki pilne, 970 stabilne), co stanowiło 4,55 % wszystkich udzielonych usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W 2017r. udzielono o 397 porad mniej niż w 2016r. (w 2017r. – 6691, w 2016r. – 7088). Zgodnie z informacjami umieszczonymi na Portalu Potencjału NFZ, ustalono, że świadczenia zdrowotne udzielane były 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku<sup>13</sup>, w godzinach: poniedziałek, środa od 7.00-14.35, wtorek od 8.00-12.00, czwartek od 7.00-18.00, piątek od 7:00 do 12:00.
- 7. Poradnia Neurologiczna** - rozpoczęła działalność w dniu 01.11.2011r. pod nr kodu 1220. Podstawowy zakres zadań Poradni to diagnostyka i leczenie chorób układu nerwowego, prowadzenie chorych z przewlekłymi, podstawowymi chorobami neurologicznymi takimi jak: padaczka, migrena, choroba Parkinsona a także: leczenie nerwic, zaburzeń snu; schorzeń kręgosłupa itp. W latach 2016-2017 w Poradni udzielono 22268 świadczeń (w tym 1 przypadek pilny oraz 527 stabilnych), czyli 7,35 % wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ustalono, że w 2017r. Zakład udzielił o 2118 porad mniej niż w 2016r. (w 2017r. – 10075, w 2016r.- 12193). Porady udzielane były 5 dni w tygodniu: od poniedziałek do piątku<sup>14</sup>: poniedziałek od 7:00 do 18:00, od wtorku do piątku od 7:00 do 14:35.
- 8. Poradnia Otorynolaryngologiczna** działająca od 01.07.2008r., kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej - 1610. W Poradni

---

<sup>12</sup> w tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej

<sup>13</sup> w 2016r. - przez 16 lekarzy: w tym 9 specjalistów okulistyki i 7 w trakcie specjalizacji z okulistyki  
w 2017r. - przez 13 lekarzy: w tym 6 specjalistów okulistyki i 7 w trakcie specjalizacji z okulistyki

<sup>14</sup> w 2016r-2017r. - przez 4 lekarzy specjalistów neurologii



m.in. wykonywane są badania słuchu oraz przesiewowe badania słuchu noworodków. W okresie objętym kontrolą udzielono 8138 świadczeń (w tym 1634 przypadki stabilne, nie odnotowano przypadków pilnych), co stanowiło 2,68 % wszystkich wykonanych porad. W 2017r., w stosunku do roku poprzedniego, poziom udzielonych porad zwiększył się o 12 porad (w 2017r. - 4075, w 2016r. - 4063). Świadczenia udzielane były 5 dni w tygodniu: od poniedziałek do piątku<sup>15</sup>: poniedziałek, czwartek, piątek od 7:00 do 14:35, wtorek od 7:00 do 14:00, środa od 10:25 do 18:00.

**9. Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci** – wpisana pod nr kodu resortowego 1031, rozpoczęła działalność w dniu 30.10.2015r. i zapewnia ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie diagnozowania i leczenia schorzeń endokrynologicznych: chorób tarczycy, niskorosłości, przedwczesnego, opóźnionego lub zaburzonego dojrzewania płciowego, cukrzycy, otyłości, jądłowstrętu psychicznego oraz innych schorzeń i zespołów chorobowych. W latach 2016-2017 w Poradni udzielono 4495 porad (w tym 81 przypadki pilne, 551 stabilne), co stanowiło 1,48% wszystkich wykonanych przez Szpital usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Analiza liczby udzielonych porad wykazała trend spadkowy w 2017r. w porównaniu do 2016r. o 181 porady (w 2017r. - 2157, w 2016r - 2338). Świadczenia zdrowotne w Poradni udzielane były 4 dni w tygodniu: od wtorku do piątku<sup>16</sup>, tj:

- wtorek od 12:00 do 18:00 (2017r.), od 14:35 do 18:35 (2016r.),
- środa od 9:30 do 13:30 (2017r.), od 10:00 do 14:00 (2016r.),
- czwartek od 10:35 do 14:35 (2017r.), od 10:00 do 14:00 (2016r.),
- piątek od 10:00 do 12:00 (2017r.), od 7:00 do 14:35 (2016r.).

**10. Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci** – rozpoczęła działalność w dniu 30.10.2015r., pod nr kodu resortowego 1051. Zadaniem ww. komórki jest zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie schorzeń układu pokarmowego. W badanym czasie, w Poradni Gastroenterologicznej dla Dzieci, udzielono 4019 porad (w tym 670 przypadków stabilnych, odnotowano brak przypadków pilnych), co stanowiło 1,33 % wszystkich udzielonych przez Szpital

---

<sup>15</sup> w 2016r. - przez 8 lekarzy: w tym 7 specjalistów otorynolaryngologii i 1 w trakcie specjalizacji z otorynolaryngologii ,  
w 2017r. - przez 9 lekarzy: w tym 7 specjalistów otorynolaryngologii i 2 w trakcie specjalizacji z otorynolaryngologii

<sup>16</sup> w 2016r. – przez 4 lekarzy specjalistów: w tym 3 specjalistów endokrynologii i 1 specjalista pediatrii  
w 2017r. - przez 3 lekarzy specjalistów: w tym 2 specjalistów endokrynologii i 1 specjalista pediatrii

porad. W 2017r. zrealizowano 2000 porad, co w porównaniu do danych z 2016r. (2019) stanowiło spadek o 19 porad. Świadczenia zdrowotne w Poradni udzielano 3 dni w tygodniu: poniedziałek, czwartek, piątek<sup>17</sup>, w godzinach: poniedziałek od 14:00 do 18:00, czwartek od 7:30 do 11:30, piątek od 7:30 do 11:30.

(Dowód: akta kontroli str. 34-37 zestawienia Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych, zestawienie godziny pracy poradni Kierownika Działu Marketingu)

Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej – Łukasz W. poinformował, że podmiot leczniczy w latach 2016-2017 zrealizował 305 556 badań w Dziale Diagnostyki Obrazowej dla Dorosłych oraz Dziale Diagnostyki Obrazowej Pediatricznej oraz w Pracowni Rezonansu Magnetycznego. W roku 2016: **w Dziale Diagnostyki Obrazowej dla Dorosłych (110829 badań)**: Pracownia Tomografii Komputerowej – 32381, Pracownia RTG – 50632, Pracownia USG – 27816, **w Dziale Diagnostyki Obrazowej Pediatricznej (43667 badań)**: Pracownia Tomografii Komputerowej – 2386, Pracownia RTG – 18913, Pracownia USG – 22368 oraz **w Pracowni Rezonansu Magnetycznego – 3969 badań**.

W roku 2017 **w Dziale Diagnostyki Obrazowej dla Dorosłych (98194 badań)**: Pracownia Tomografii Komputerowej – 30314, Pracownia RTG – 44952, Pracownia USG - 22928, **w Dziale Diagnostyki Obrazowej Pediatricznej (45547 badań)**: Pracownia Tomografii Komputerowej – 2039 , Pracownia RTG – 20353, Pracownia USG – 23155, oraz **w Pracowni Rezonansu Magnetycznego – 3350 badań**.

(Dowód: akta kontroli str. 38 zestawienie Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej)

Ponadto, na podstawie przedłożonych do kontroli *analiz odmów* ustalono, że w badanym okresie w 9 658-u<sup>18</sup> przypadkach, zakład odmówił przyjęcia pacjentów (w 2016r. – 6 270, w 2017r. – 3 388). Odmowy wystąpiły na Izbach Przyjęć Klinik: Świętokrzyskiego Centrum Neurologii (3771), Chorób Zakaźnych (1208), Dermatologicznej (2057), Pediatricznej (939), Ginekologii i Położnictwa (125), SOR (1552), Ośrodka Rehabilitacji Diennej (5), Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej (1). Najczęstszymi przyczynami odmów były m.in. braki: wskazań do leczenia szpitalnego (7641) oraz możliwości leczenia w Szpitalu (417).

<sup>17</sup> w 2016r. - przez 1 lekarza specjalistę gastroenterologii

w 2017r. - przez 2 lekarzy: w tym 1 specjalista gastroenterologii i 1 w trakcie specjalizacji z gastroenterologii dziecięcej

<sup>18</sup> bez uwzględnienia odmów II półrocza 2017r. na SOR- materiał w trakcie opracowania przez kontrolowanego

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

*Opis stanu faktycznego*

W trakcie kontroli szczegółowej analizie poddano kolejki oczekujących na przyjęcie do wybranych komórek organizacyjnych – w miesiącach grudzień 2016r. i 2017r., czyli tych w których pacjenci czekają najdłużej na przyjęcie. Według zestawień sporządzonych przez Starszego Specjalistę Działu Marketingu – Krzysztofa W., potwierdzonych wydrukami z systemu komputerowego, w grudniu 2016r. odnotowano kolejki:

- w zakresie soczewki – zaćma: 6392 przypadki stabilne i 615 przypadki pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 1292 dni dla przypadków stabilnych i 303 dla przypadków pilnych,
- w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego: 154 przypadki stabilne i 25 pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 0 dni dla przypadków stabilnych i 96 dla przypadków pilnych,
- na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej – ul. Grunwaldzka 45: 144 przypadki stabilne i 31 przypadki pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił 0 dni dla przypadków stabilnych jak i przypadków pilnych,
- na Oddziale Otorynolaryngologicznym: 1258 przypadki stabilne i 9 przypadki pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 226 dni dla przypadków stabilnych i 597 dla przypadków pilnych,
- do Kliniki Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii 475 przypadki stabilne i 0 przypadki pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 179 dni dla przypadków stabilnych i 0 dla przypadków pilnych,
- w Poradni Okulistycznej – na przyjęcie oczekiwało 411 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 116 dni) i 100 pilnych (czas oczekiwania 58 dni),
- w Poradni Neurologicznej – w kolejce oczekiwało 268 pacjentów, skategoryzowanych jako stabilni (z czasem oczekiwania 88 dni),
- w Poradni Otorynolaryngologicznej – na przyjęcie oczekiwało 922 pacjentów stabilnych (czas oczekiwania 57 dni),
- w Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci – na przyjęcie oczekiwało 240 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 251 dni) i 3 pilnych (czas oczekiwania 51 dni),

- w Poradni Gastroenterologicznej dla Dzieci – na przyjęcie oczekiwali tylko pacjenci stabilni w liczbie 147 (czas oczekiwania 99 dni).

Z kolei w grudniu 2017r. zanotowano:

- w zakresie soczewki – zaćma: 6042 przypadki stabilne i 502 przypadki pilne  
średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 1193 dni dla przypadków stabilnych i 253 dla przypadków pilnych,
- w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego: 83 przypadki stabilne i 5 pilne;  
średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 130 dni dla przypadków stabilnych i 35 dla przypadków pilnych,
- na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej - ul. Grunwaldzka 45: 189 przypadki stabilne i 31 przypadki pilne; średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił 318 dni dla przypadków stabilnych i 0 dla pilnych,
- na Oddziale Otorinolaryngologicznym: 1432 przypadki stabilne i 9 przypadki pilne;  
średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił odpowiednio 209 dni dla przypadków stabilnych i 56 dla przypadków pilnych,
- do Kliniki Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii: 446 przypadki stabilne i 0 przypadki pilne); średni czas oczekiwania na przyjęcie w ramach tej kolejki wynosił 169 dni dla przypadków stabilnych i 0 dla przypadków pilnych,
- w Poradni Okulistycznej – na przyjęcie oczekiwało 436 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 175 dni) i 125 pilnych (czas oczekiwania 68 dni),
- w Poradni Neurologicznej – w kolejce oczekiwało 350 pacjentów, którzy wszyscy zostali skategoryzowani jako stabilni (z czasem oczekiwania 90 dni),
- w Poradni Otorinolaryngologicznej – na przyjęcie oczekiwali tylko pacjenci stabilni w liczbie 829 (czas oczekiwania 77 dni),
- w Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci – na przyjęcie oczekiwało 341 pacjentów skategoryzowanych jako stabilni (z czasem oczekiwania 289 dni) i 4 jako pilni (czas oczekiwania 60 dni),
- w Poradni Gastroenterologicznej – na przyjęcie oczekiwało 117 pacjentów stabilnych (z czasem oczekiwania 144 dni) i 1 pilny (czas oczekiwania 0 dni).

*(Dowód: akta kontroli str. 39-44 zestawienia sporządzone przez Starszego Specjalistę Działu Marketingu, wydruk kolejek)*

Na pytanie kontrolujących co było przyczyną istniejących kolejek oczekujących w wybranych do kontroli komórkach organizacyjnych, Starszy Specjalista Działu Marketingu – Krzysztof W. wyjaśnił: *Pacjenci zapisywani są do kolejki oczekujących, w przypadku braku możliwości udzielenia im świadczenia w dniu zgłoszenia. Powodem mogą być względy organizacyjne, tj. ograniczona dostępność do lekarzy specjalisty, do lekarza anestezjologa znieczulającego pacjenta do zabiegu operacyjnego, do sali operacyjnej lub ograniczona liczba łóżek w komórce organizacyjnej. Ponadto limity finansowe udzielane na świadczenia i brak pewności co do sfinansowania przez NFZ ewentualnych nadwykonań powodują, że liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w komórce org. musi być zgodna z planem finansowym dla poszczególnych komórek.* Dodatkowo, przedłożył wydruk rozpoznania wg ICD-10 dla Kliniki Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii, z którego wynika iż najczęściej pacjentów czeka z: niezstąpieniem jąder (98 - co stanowi 21,97% oczekujących), przepukliną pachwinową (97- 21,75% zapisanych w kolejce), z innymi nowotworami niezłośliwymi tkanki łącznej i innych tkanek miękkich (46 – tj. 10,31% oczekujących), wodniakiem jądra i powrózka nasiennego (43, czyli 9,64%).

*(Dowód: akta kontroli str.45-46 wyjaśnienie Starszego Specjalisty Działu Marketingu, wydruk ICD-10)*

Mając na uwadze przepisy prawne odnoszące się do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, tj. u.o.ś.z. (art.20 ust.2) oraz rozporządzenia 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>19</sup> i 9 listopada 2015r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej<sup>20</sup>, kontrolujący przystąpili do analizy list oczekujących. Ustalono, że w podmiocie leczniczym listy prowadzone są w formie elektronicznej, w ramach odpowiednich systemów informatycznych tj.: AMMS (świadczenia dla dorosłych), ESKULAP (świadczenia dla dzieci) oraz AP-KOLCE (listy online - strona udostępniona przez NFZ – dla kolejek w zakresie m.in. zabiegów zaćmy, endoptotezoplastyki). Miejscem przechowywania list jest serwer w Szpitalu.

---

<sup>19</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)

<sup>20</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)

Szczegółowym oględzinom poddano 1655 wpisów na listy oczekujących do Oddziałów: Okulistycznego z salą operacyjną (zabiegi w zakresie soczewki - zaćmy), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (zabiegi w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego) i Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci, w miesiącach: marzec, czerwiec, listopad 2016r. oraz kwiecień, sierpień, październik 2017r.

W wyniku dokonanej analizy ustalono, że na: **1302** osoby zapisane na zabieg w zakresie soczewki (zaćmy): 922 pacjentom wykonano świadczenie (co stanowiło 70,81 % ogólnej liczby zapisanych), 248 nie zgłosiło się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia (co stanowiło 19,05% zapisanych), 72 osoby powiadomiły szpital o rezygnacji (co stanowiło 5,53% zapisanych), 50 pacjentów zmarło (tj.3,84% ogólnej liczby), 2 znajdowały się na liście oczekujących u innego świadczeniodawcy (tj.0,15% zapisanych),3 skreślono ze wskazaniem *inne powody* (tj. 0,23% zapisanych), 5 nie kwalifikowało się do zabiegu ze względów medycznych (tj. 0,38% zapisanych pacjentów na zabieg); **148** osób zapisanych na endoprotezoplastykę stawu biodrowego: 108 wykonano świadczenie (co stanowiło 72,97 % ogólnej liczby zapisanych), 7 nie zgłosiło się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia (co stanowiło 4,73% zapisanych), 30 powiadomiły szpital o rezygnacji (co stanowiło 20,27% zapisanych), 1 przeniesiono na inną listę (tj. 0,67% ogólnej liczby),1 zmarła (tj. 0,67% zapisanych), 1 nie kwalifikowała się ze względów medycznych (tj. 0,67%zapisanych pacjentów); **205** osób wpisanych na listę oczekujących z zakresu endokrynologii:160 wykonano świadczenie (co stanowiło 78,04% ogólnej liczby zapisanych), 40 osób nie zgłosiło się w ustalonym terminie ( co stanowiło 19,51% skreślonych), 4 powiadomiły szpital o rezygnacji (tj.1,95% ogólnej liczby zapisanych), 1 wpisano na inną listę oczekujących u świadczeniodawcy (tj.0,49% ogólnej liczby). Weryfikacja list oczekujących w ww. oddziałach szpitalnych i poradni wykazała, że świadczeniodawca każdorazowo kwalifikował świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: przypadek pilny, przypadek stabilny. Listy zawierały numer kolejny na liście oczekujących, datę i godzinę wpisu, dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniodawcy, informacje kontaktowe, dane dotyczące planowanego terminu świadczenia. Mając na uwadze zapis art. 20 ust.2 pkt. 3) lit i) u.ś.o.z. (...), że *listy oczekujących winny zawierać imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu*, Starszy Specjalista Działu Marketingu - Krzysztof W. oświadczył, że *z uwagi na fakt, iż wszystkie listy oczekujących prowadzone są w systemach informatycznych WSZZ*

*Kielce/NFZ, to w tym przypadku podpisem osoby wprowadzającej pacjenta do kolejki jest login i hasło używane podczas logowania do ww. systemu. Ponadto, na podstawie złożonej informacji ustalono, że Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym wymienionym w art. 47 c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. u.ś.o.z.*

*(Dowód: akta kontroli str. 47-48 oświadczenie Starszego Specjalisty Działu Marketingu)*

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>21</sup>, Zakład był zobowiązany do przekazywania co miesiąc Świętokrzyskiemu Oddziałowi NFZ informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą: liczbę osób oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania, łączną listę osób skreślonych z listy w danym okresie sprawozdawczym. Mając powyższe na względzie, Starszy Specjalista Działu Marketingu – Krzysztof W. oświadczył, że *Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach przekazywał do ŚwOW NFZ informację o listach oczekujących zgodnie z art. 23 ustawy o świadczeniach opieki z zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – comiesięcznie dane opisane w art. 23 ust.1 oraz raz w tygodniu informacje wymagane w art. 23 ust.4. Potwierdzeniem powyższego było przedstawienie wydruków z systemu SZOI.*

*(Dowód: akta kontroli str.49 oświadczenie Starszego Specjalisty Działu Marketingu)*

Zarządzeniem wewnętrznym nr 40/2015 z dnia 18.12.2015r. (zmienionym Zarządzeniami wewnętrznymi: nr 30/2016 z dnia 01.07.2016r., nr 3/2017 z dnia 07.02.2017r. i nr 27/2017r. z dnia 12.09.2017r.) Dyrektor Szpitala w załączniku nr 8 powołał Zespół ds. Oceny Przyjęć. Analiza ww. dokumentów pozwoliła na ustalenie, że do września 2017r. w skład Zespołu każdorazowo wchodził: lekarz specjalista w dziedzinie zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, pielęgniarka naczelna, czyli zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych

---

<sup>21</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..

ze środków publicznych<sup>22</sup>(zwana dalej u.ś.o.z) . Natomiast Zarządzeniem wewnętrznym nr 27/2017 z dnia 12.09.2017r. Dyrektor Szpitala dokonał rozszerzenia składu Zespołu o dwie osoby tj. Kierowników Działów Informatyki oraz Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

(Dowód: akta kontroli str. 50-52 Zarządzenie wewnętrzne nr 27/2017 z dn.12.09.2017r. wraz z załącznikiem nr 8, Informacją Z-cy Dyrektora ds. Organizacyjno - Administracyjnych)

Powyższe, zdaniem kontrolujących, stoi w sprzeczności z art. 21 ust. 2 u.ś.o.z., który ma charakter enumeratywny jeśli chodzi o wyliczenie składu zespołu. Ustawodawca nie posłużył się w zdaniu wstępnym do wyliczenia sformułowaniami takimi jak „w szczególności”, „co najmniej”. W związku z tym, literalne brzmienie przepisu wyklucza dołączanie do składu zespołu osób niespełniających wskazanych kryteriów. Ustawodawca 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 świadczeniodawcy<sup>23</sup>.

W załączniku nr 8 do ww Zarządzeń zapisano, że *Zespół* dokonuje oceny 1 x w miesiącu list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji/listy, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia, przygotowuje miesięczny raport z oceny listy oczekujących i przedstawienia go Dyrektorowi Szpitala tj. zgodnie z art. 21 ust. 4 u.ś.o.z. Z dokumentacji okazanej kontrolującym wynikało, że *Zespół ds. Oceny Przyjęć* w badanym okresie odbył łącznie 24 posiedzenia, raz w miesiącu (po 12 w roku). Każde z nich zostało udokumentowane *Raportem z dokonanej oceny listy oczekujących* sporządzonym w oparciu o wydruki elektroniczne list oczekujących i zawierającym tabelę przedstawiającą liczbę oczekujących na przyjęcie do szpitala, z podziałem na niektóre Oddziały/Kliniki i Poradnie w tym: O/K/Neurochirurgii, O/K/Okulistyki, O/K/Ortopedii, Pododdział Ginekologii, O/K/Otolaryngologiczny, O/K/Rehabilitacji, O/K/Rehabilitacji Diennej, O/K/Rehabilitacji Neurologicznej, Poradnia Neurologiczna, Poradnia Chirurgii

---

<sup>22</sup> ustawa z dn.27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j. ze zm.)

<sup>23</sup> Publikacja LEX QA 493086 z 14.11.2014r.



Ogólnej, Poradnia Chorób Zakaźnych, Poradnia Nefrologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Otolaryngologiczna, Poradnia Okulistyczna, Poradnia Chirurgii Naczyniowej, średni czas oczekiwania – jedynie z uwzględnieniem kategorii oczekujących w przypadkach stabilnych. Treści żadnego z przedstawionych *Raportów* nie zawierała informacji na temat prawidłowości prowadzenia dokumentacji oraz zasadności i przyczynach zmian terminów udzielania świadczeń, czyli wbrew art. 21 ust. 4 pkt 1) i 3) u.ś.o.z.

Przewodnicząca *Zespołu* – Ewa J.-Z. udzieliła w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że *Nie prowadzono analizy przypadków pilnych wychodząc z założenia, że takie przypadki realizowane są w trybie natychmiastowym. Nie prowadzono również analizy: zmian terminów, skreśleń z listy, nie zgłaszania się pacjentów w wyznaczonym terminie – powodem tego był brak dostatecznych danych do opisywania powstałych sytuacji.*

*(Dowód: akta kontroli str. 53 Wyjaśnienia Przewodniczącej Zespołu)*

*Raporty* były podpisane przez wszystkie osoby stanowiące skład *Zespołu* wskazanego w ww. Zarządzeniach Dyrektora Szpitala i przedstawiane Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

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

*Opis stanu faktycznego*

Według informacji z dnia 21.02.2018r. Kierownika Działu Kadr i Szkolenia – Aleksandra H., w okresie objętym kontrolą, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach nie przeprowadzano konkursów na stanowiska ordynatorów oraz naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek z wykorzystaniem przepisów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą<sup>24</sup>. Jednocześnie z ww. informacji wynika że *w jednostce, zgodnie z obowiązującym Układem Zbiorowym, przewidziane są stanowiska kierownika i zastępcy kierownika oraz pielęgniarki koordynującej, na które nie jest wymagane przeprowadzanie postępowania konkursowego.*

*(Dowód: akta kontroli str.54 Informacja Kierownika Działu Kadr i Szkolenia)*

<sup>24</sup> Rozporządzenie MZ z dn. 6.02.2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. 2016 poz.1957)

## **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. 147-150, 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 Marketingu – Anny S., w okresie objętym kontrolą, Szpital przeprowadził łącznie 19 konkursów ofert i 137 postępowań pozakonkursowych na realizację świadczeń zdrowotnych. W roku 2016: 6 – postępowań w trybie konkursowym na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 96 – postępowań w trybie pozakonkursowym (83 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny, 13 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego).

W roku 2017: 13 – postępowań w trybie konkursowym (11 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 2 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego), 41 – w trybie pozakonkursowym (26 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny, 15 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego). W efekcie ww działań zawarto łącznie 248 umów; wartość zrealizowanych umów opiewa na kwotę 12 822 038,94 zł., z tym, że:

- w roku 2016r. Szpital podpisał 32 umowy w trybie konkursowym, wartość zrealizowanych umów wyniosła 460 500,00 zł. i 96 umów w trybie pozakonkursowym, wykonanych na 2 130 850,33 zł.;
- w roku 2017r. Szpital podpisał 79 umów w trybie konkursowym – ich realizacja stanowiła 5 851 577,19 zł. i 41 w trybie pozakonkursowym – wykonanie usług na kwotę 4 379 111,42 zł.

(Dowód: akta kontroli str.55-56 Zestawienie Kierownika Działu Marketingu)

Szczegółowym badaniem objęto dwa konkursy ofert na:

- 1) *Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej* – (oznaczenie postępowania: Nr K/11/2017),
- 2) *Udzielanie Świadczeń Lekarskich w Ramach Pełnienia Stacjonarnych Dyżurów w Wybranych Klinikach/Oddziałach WSZZ w Kielcach* – (oznaczenie postępowania: Nr K/12/2017) – zamówienie obejmowało cztery zadania *na pełnienie dyżurów kontraktowych w zakresie:*
  - 1) *chirurgii w szpitalnym oddziale ratunkowym,*
  - 2) *ortopedii w szpitalnym oddziale ratunkowym,*
  - 3) *anestezjologii kardiologicznej w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii nr 2,*
  - 4) *neonatologii w dni świąteczne (soboty, niedziele i święta).*

Wytypowane do badania postępowania zostały poprzedzone ustaleniem wartości szacunkowej stosownie do art. 26a u.d.z.l. sporządzonej przez Kierownika Działu Marketingu odpowiednio w dniach: 18.10.2017r. i 20.11.2017r.

Konkursy ofert na udzielenie zamówienia świadczeń lekarskich przeprowadziła 4 – osobowa Komisja powołana Poleceniem Służbowym nr 55/2016 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach z dnia 21.12.2016r.

Analiza postępowań K/11/2017 i K/12/2017 wykazała, że przedmiot zamówienia został opisany z pominięciem nazw i kodów Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) tj. wbrew art. 141 ust. 4 u.o.ś.z.

Kierownik Działu Marketingu – Anna S. w piśmie z dnia 28.02.2018r. udzieliła w tym zakresie pisemnych wyjaśnień informując, że *określenie przedmiotu zamówienia na świadczenia zdrowotne następującego w trybie konkursu ofert odbywa się słownie, bez stosowania kodów CPV. Pragnę podkreślić, że powyższe nie miało wpływu na konkurencyjność ogłaszanych postępowań. Szpital zobowiązuje się do stosowania kodów CPV określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień do opisu przedmiotu zamówienia w kolejnych postępowaniach konkursowych.*

*(Dowód: akta sprawy str. 57 Wyjaśnienie Kierownika Działu Marketingu)*

Ponadto, ustalono, że przy badaniu wybranych postępowań konkursowych udzielający zamówienia zastosował dwa spośród pięciu kryteriów oceny ofert tj.: jakość i cenę, czyli niezgodnie z art. 148 ust. 1 u.o.ś.z, który określa, że *porównanie ofert w toku postępowania*

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

Kierownik Działu Marketingu – Anna S. wyjaśniła, że udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne następującego w trybie konkursu ofert odbywa się zgodnie z art. 26 ust 4 ustawy o działalności leczniczej, którego zapis stanowi, że do konkursu ofert stosuje się odpowiednio między innymi art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Skoro Ustawodawca posłużył się słowem „odpowiednio”, to należy przyjąć, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów ustalonych przez zamawiającego, odpowiednio do specyfiki i potrzeb zamówienia. Kryterium jakości zawiera ocenę ciągłości (- posiadanie doświadczenia zawodowego w realizacji świadczeń, o których mowa w zamówieniu na podstawie umowy z NFZ (postępowanie nr K/11/2017), jakości (kwalifikacje personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, posiadanie własnego środka transportu sanitarnego, wyniki kontroli NFZ oraz posiadanie certyfikatu ISO 9001 w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Kompleksowość i dostępność do świadczeń została ustalona w przedmiocie zamówienia.

(Dowód: akta sprawy str. 58 Wyjaśnienie Kierownika Działu Marketingu)

Kontrolujący, odnosząc się do złożonych wyjaśnień wskazują na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26.02.2015r., który uznał, że „organy NFZ porównując oferty muszą dokonać tego z punktu widzenia reguł określonych w art. 148 pkt 1 i 2 ustawy, a Prezes NFZ może co najwyżej określić jak należy rozumieć w danym postępowaniu poszczególne kryteria wskazane w tym przepisie. Innymi słowy, Prezes NFZ nie może stwierdzić, że niektóre kryteria z art. 148 u.s.o.z. nie będą stosowane, natomiast ma obowiązek wyjaśnić jak będą stosowane w konkretnym rodzaju postępowania”<sup>25</sup>.

W wyniku rozstrzygnięcia dwóch, wybranych do szczegółowego badania konkursów, Szpital zawarł z wybranymi oferentami łącznie dziewięć umów. Szczegółowej kontroli poddano trzy umowy, które zostały podpisane odpowiednio w dniu:

- 31.10.2017r. – z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „TRANSMED” z/s w Kielcach – umowa Nr XVI/2017 z terminem obowiązywania od 01.11.2017r. do 31.12.2018r.,

---

<sup>25</sup> Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 lutego 2015r. syg. II GSK 2212/13

- 01.12.2017r. – z Jan Martynów Specjalistyczna Praktyka Lekarska z/s w Krakowie
  - umowa nr 98/K/2017,
  - z Grażyna Bożęcka Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska z/s w Kielcach – umowa nr 102/K/2017,

z terminem obowiązywania od 01.12.2017r. do 30.06.2019r.

Ustalono, że z tytułu realizacji przedmiotu umowy nr XVI/2017 z dnia 31.10.2017r. tj. *zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju nocna i świąteczna opieka zdrowotna* Przyjmującemu zamówienie przysługuje miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie 86 150,00 zł. Umowa przewidywała 30 – dniowy termin regulowania zobowiązania od daty wystawienia faktury, którą Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest złożyć do piątego dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego wraz z zestawieniem (raportem) wykonanych świadczeń. Na podstawie okazanych faktur i zestawień (raportów) oraz przelewów bankowych ustalono, że faktura nr 21/11/2017 z dnia 01.12.2017r. z datą wpływu 05.12.2017r. została opłacona w ustalonym terminie, natomiast faktura nr 29/12/2017r. z dnia 03.01.2018r. z datą wpływu 08.01.2018r. z 11 dniowym opóźnieniem.

W związku z powyższym, Główny księgowy – Ewa J. wyjaśniała, że *faktura nr 29/12/2017 z dnia 03.01.2018 roku na kwotę 86.150,00 zł. została zapłacona po terminie w związku z brakiem wolnych środków na rachunku bankowym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego. Pomimo faktu, że Szpital był zobowiązany zapisami umowy nr XVI/2017 z dnia 31.10.2017r. do zapłaty odsetek w wysokości ustawowej, to NZOZ Transmed odstąpił od naliczenia odsetek i Szpital nie podniósł dodatkowych kosztów.*

*(Dowód: akta sprawy str. nr 59 Wyjaśnienie Głównej Księgowej)*

W przypadku umowy nr 98/K/207 z dnia 01.12.2017r. ustalono, że wynagrodzenie ryczałtowe brutto będzie wynosiło: *za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. dyżurów kontraktowych w dzień powszedni 1 477,50 zł. za 16h 25min, 1 080,00 zł. za 12h, 2 160,00 zł. za 24h; za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. dyżurów kontraktowych w dzień świąteczny, sobotę lub niedzielę 1 080,00 zł. za 12h; 2 160,00 zł. za 24h.*

Natomiast strony umowy nr 102/K/2017 z dnia 01.12.2017r. ustaliły wynagrodzenie ryczałtowe brutto za udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. dyżurów

kontraktowych w dzień świąteczny, sobotę lub niedzielę w wysokości 1 080,00 zł. za 12h, i 2 160,00 zł. za 24h. Udzielający zamówień zobowiązał się wypłacić wynagrodzenia do 20-tego dnia następnego miesiąca po miesiącu realizacji świadczeń, na podstawie rachunku przedłożonego w terminie do 5-tego dnia następnego miesiąca realizacji świadczeń wraz z wykazem udzielonych świadczeń zdrowotnych – zrealizowanych dyżurów. Na podstawie faktury/rachunku: nr 17 z dnia 30.12.2017r., nr 23/2017 z dnia 31.12.2017r. – przedłożonych w umownym terminie wraz z zestawieniami zrealizowanych dyżurów i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych datach.

### **Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością jednostki**

Opis stanu  
faktycznego

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w okresie 2016r. – 2017r. (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg ogólnikowo zostały określone w § 13 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala (21.11.2017r t.j.). Ponadto, w Jednostce obowiązuje dokument zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala pn. *Tryb rozpatrywania skarg i wniosków* datowany na 14.06.2016r.

(Dowód: akta sprawy str. 60 Tryb rozpatrywania skarg i wniosków z dnia 14.06.2016r.)

Według informacji sporządzonej przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Lucynę R. i zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala – w 2016r. wpłynęły 3 skargi w tym: 2 uznano za zasadne i 1 za niezasadną, a w 2017r. 6 skarg w tym: 2 uznano za zasadne i 4 za niezasadne, które wykazano w *Rejestrze skarg*.

(Dowód: akta sprawy str.61-62Zestawienie skarg wniesione przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych w WSZZ w Kielcach w 2016r. i 2017 r.)

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

1. Wdowę po zmarłym mężu, z datą wpływu 22.01.2016r., ponowna 19.02.2016r., skarga dotyczyła *naruszenia praw pacjenta poprzez nieudostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego męża – pacjenta Oddziału Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach*. Początkowo skarga została uznana za niezasadną – odmówiono wydania dokumentacji medycznej zmarłego męża

z uwagi na brak upoważnienia pacjenta do jej wydania – Dyrektor Szpitala udzielił Skarżącej odpowiedzi w dniu 29.01.2016r. W dniu 19.02.2016r. w tej sprawie wpłynęło do Szpitala *Wezwanie do usunięcia naruszenia praw pacjenta*. Tym razem skarga została uznana za zasadną ponieważ upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej zostało odnalezione i na tej podstawie przesłano Skarżącej kserokopię dokumentacji medycznej z pobytu pacjenta na Oddziale OIOK – Kardiologia II. Jednocześnie Dyrektor Szpitala w odpowiedzi udzielonej pismem z dnia 23.02.2016r. (zwrotne potwierdzenie odbioru 25.02.2016r.) przeprosił Skarżącą za zaistniałą sytuację, która powstała m.in. z powodu niedopatrzenia pracownika Szpitala.

2. Opiekuna małoletniego pacjenta z datą wpływu 25.01.2016r. Skarga dotyczyła *naruszenia przepisów gwarantujących ochronę danych osobowych podczas przyjęcia dziecka skarżącej w Izbie Przyjęć Szpitala*. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skargę uznano za zasadną. Odpowiedzi do Skarżącej udzielił Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych, w dniu 08.02.2016r.
3. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 26.04.2016r. kserokopię skargi pacjenta Oddziału Kliniki Chirurgii Naczyniowej), z datą wpływu 29.04.2016r. Skarga dotyczyła odmowy zlecenia transportu sanitarnego po odbytej hospitalizacji. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną. Odpowiedź została wystosowana do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach w wymaganym terminie tj. 09.05.2016r.
4. Pacjentkę Oddziału Kardiologicznego z datą wpływu 24.02.2017r. ponowna w dniu 28.02.2017r. Skarga dotyczyła *braku możliwości odbioru odzieży z szatni po wypisie z Oddziału*. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną. Odpowiedź do Skarżącej została wystosowana w piśmie z dnia 15.03.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 20.03.2017r.)
5. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 20.03.2017r. skargę pacjenta - mail), z datą wpływu 23.03.2017r. Skarga dotyczyła utrudnionego kontaktu telefonicznego z Kliniką Chorób Zakaźnych. Skargę uznano za niezasadną, odpowiedź do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach wystosowano w piśmie z dnia 31.03.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 03.04.2017r.) natomiast do Skarżącego mailem w dniu 11.04.2017r.

6. Opiekuna małoletniego dziecka z datą wpływu 19.04.2017r. (mail) Skarga dotyczyła *naliczenia opłaty w wysokości 30 zł. za pobyt matki karmiącej w I Klinice Pediatrii – II OchDz (ONID)*. W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za zasadną – anulowano odpłatność. Odpowiedź Skarżącemu została przesłana mailem w dniu 05.05.2017r.
7. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach (przekazał w piśmie z dnia 19.09.2017r. pismo pacjentów bez udostępnienia danych osobowych) z datą wpływu 22.09.2017r. Skarga dotyczyła *organizacji pracy Stacji Dializ Szpitala – brak nadzoru nad koordynacją i rozliczaniem transportu w dowozie i odwozie pacjentów*. W wyniku postępowania wyjaśniającego uznano, że zarzuty przedstawione w skardze są niezasadne. Odpowiedź do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach wystosowano w piśmie z dnia 25.09.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru - 28.09.2017r.)
8. Opiekuna małoletniego dziecka z datą wpływu 17.10.2017r. Skarga dotyczyła *braku możliwości pozostawienia wózka dziecięcego w szatni szpitala*. W wyniku rozpatrzenia skargi uznano ją za niezasadną, a odpowiedź do Skarżącej została wystosowana w piśmie z dnia 20.10.2017r. (zwrotne potwierdzenie odbioru – 27.10.2017r.)
9. Opiekuna pacjentki Szpitala z datą wpływu 21.11.2017r. Skarga dotyczyła *pobrania opłaty w wysokości 75 zł. za przewóz karetką pacjenta do DPS przy ul. Peryferyjnej 15 w Kielcach*. W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za zasadną – opłata została pobrana omyłkowo, należność zwrócono. Odpowiedzi Skarżącemu udzielił Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, w piśmie z dnia 06.12.2017r. (list polecony 07.12.2017r.).

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 poprosili o informację w tym zakresie.

Według wyjaśnienia z dnia 26.02.2018r. złożonego przez Koordynatora Radców Prawnych – Kamilę K. na posiedzeniach Rady Społecznej WSZZ w Kielcach Dyrektor Naczelny lub Radca Prawny przedstawia zebrany ogólną problematykę skarg



pacjentów z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu z pominięciem szczegółów jej dotyczących.

(Dowód: akta kontroli str. 63 Wyjaśnienie Koordynatora Radców Prawnych)

Potwierdzeniem powyższego były okazane protokoły z posiedzeń Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach z dnia: 07.03.2016r., 20.06.2016r., 28.02.2017r., 22.05.2017r. Z ustaleń kontroli wynikało, że skargi, które wpłynęły do Szpitala w dniach: 22.09.2017r., 17.10.2017r., 21.11.2017r. nie zostały do dnia kontroli przeanalizowane przez Radę Społeczną Szpitala. Koordynator Radców Prawnych – Kamila K. wyjaśniła, że będą one omówione na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej, to jest 28.02.2018r.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 63)

W czasie trwania czynności kontrolnych przedstawiono protokół z posiedzenia Rady Społecznej, z treści którego wynika, że członkowie rady zostali zapoznani ze skargami z września, października, listopada 2017r.

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

*Opis stanu faktycznego*

W zakresie jakości do udzielanych świadczeń sprawdzono funkcjonowanie procesu: ankietyzacji satysfakcji pacjenta oraz systemu zarządzania w tym posiadane certyfikaty/akredytacje.

W okresie objętym kontrolą w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Kielcach funkcjonował Zespół ds. Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Pacjenta – skład osobowy i zadania Zespołu zostały określone w załączniku nr 2 do Zarządzenia Wewnętrznego Dyrektora Szpitala nr 40/2015 z dnia 18.12.2015r. (zmienianym Zarządzeniami wewnętrznymi nr 30/2016 z dnia 01.07.2016r., nr 3/2017 z dnia 07.02.2017r. i nr 27/2017 z dnia 12.09.2017r.).

Na podstawie informacji uzyskanej od Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Lucyny R. ustalono, że w Szpitalu funkcjonuje druk pn. *Ankieta satysfakcji pacjenta* (nowy wzór został opracowany w 2017r.), który jest dostępny dla wszystkich pacjentów/opiekunów w dyżurkach pielęgniarek/ SOR-rze/rejestracji pacjentów. Ankiety po wypełnieniu są wrzucane do odpowiednich skrzynek, znajdujących się w oddziałach i innych punktach

na terenie szpitala oznaczonych napisem „Ankieta”. W 2016r. raz na kwartał, a w 2017r. co pół roku badania ankietowe podlegały analizie i ocenie Zespołu. Na potwierdzenie powyższego, kontrolującym została przedstawiona pisemna *Analiza ankiety satysfakcji pacjenta za I kwartał 2016* wraz z protokołem z zebrania Zespołu ds. Praw Pacjenta z dnia 11.05.2016r.

Z ww. informacji, wynika że w kwietniu 2016r., na zlecenie Szpitala, Regionalny Ośrodek Badania Opinii Publicznej Dobra Opinia przeprowadził badanie opinii wśród rodziców małych pacjentów Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii im. W. Buszkowskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach metodą bezpośredniego anonimowego wywiadu ankietarskiego przy wykorzystaniu papierowego kwestionariusza (PAPI) na próbie 200 osób. Rezultat badania został przedstawiony w *Raporcie* sporządzonym przez ww Ośrodek.

Z kolei w miesiącach: maj i czerwiec 2017r. zostało wykonane badanie ankietowe pacjentów/opiekunów za pomocą tabletu w Klinice Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii oraz w Klinice Pediatrii – Pododdział Hepatologiczno-Gastroenterologiczny. Wyniki przedstawiono Zespołowi ds. Pacjenta i osobno Działowi Dietetyki i Żywienia ze względu na fakt, że największe niezadowolenie wśród ankietowanych odnotowano w obszarze żywienia.

*(Dowód: akta kontroli str. 64-100 Informacja Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta wraz z załącznikami)*

Według informacji z *Zestawienia* przygotowanego przez Specjalistę ds. Zarządzania Jakością – Annę K. potwierdzonych dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach posiadał:

1. Certyfikat Systemu Zarządzania Nr 58/3/SZJ/2013 (PN-EN ISO 9001-2009) w zakresie świadczenia wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych mających na celu: ratowanie życia ludzkiego, przywracanie i poprawę zdrowia, profilaktykę, promocję zdrowia. Data wydania *Certyfikatu* 13.05.2013r. z mocą obowiązywania do 21.04.2016r.
2. Certyfikat Systemu Zarządzania Nr 58/5/SZJ/2016 (PN-EN ISO 9001:2009) w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne, leczenie szpitalne świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne programy zdrowotne (lekowe), leczenie szpitalne chemioterapia, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne, kosztochłonne, świadczenia odrębnie

kontraktowane. Data wydania *Certyfikatu* 08.06.2016r. z mocą obowiązywania do 15.09.2018r.

Ww dokument został dwukrotnie zaktualizowany – Certyfikatem Sytemu Zarządzania nr 58/6/SZJ/2016 wydanym w dniu 06.02.2017r. i nr 58/7/SZJ/2016 wydanym w dniu 17.07.2017r.

Działania w tym zakresie zostały podjęte z inicjatywy firmy akredytacyjnej ZETOM-CERT Sp. z o.o. i podyktowane:

- *zmianą podejścia Polskiego Centrum Akredytacji dotyczącego zapisu daty ważności certyfikatów wydawanych na zgodność z PN-EN ISO 9001:2009;*
  - *brakiem określenia działań objętych certyfikatem dla każdej lokalizacji Szpitala.*
3. Certyfikat Akredytacyjny nr 2017/8 z dnia 07.06.2017r. wydany po uprzedniej wizycie akredytacyjnej przeprowadzonej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach w dniach 01-03 marca 2017r. i sporządzeniu raportu akredytacyjnego. Ww certyfikat potwierdza *spełnienie przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach w zakresie działalności Przedsiębiorstwa Świadczeń Szpitalnych standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.*

*(Dowód: akta sprawy str. 101-102 Zestawienie Specjalisty ds. Zarządzania Jakości)*

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

*Opis stanu faktycznego*

Według informacji Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej - Jacka P., w okresie 2016r.- 2017r. Szpital posiadał 7775 pozycji aparatury i sprzętu medycznego, który był wykorzystywany przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i usług medycznych.

*(Dowód: akta kontroli str. 103 informacja Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej)*

Zasady nadzorowania aparatury, sprzętu medycznego zostały ustalone w Instrukcjach: Nr IN-6.3.-01-12 z dnia 05.02.2015r. – pkt 4.3. *Instalacje i aparatura medyczna* oraz Nr IN-7.6-01-01 z dnia 05.02.2015r. – *Urządzenia kontrolno-pomiarowe*, zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala, a opracowanych przez Głównego Specjalistę w Dziale Technicznym – Tomasza K. Według ww. dokumentów odpowiedzialność

za wypełnienie procedur spoczywała na pracownikach Działu Technicznego. W procedurze IN-6.3-01.12. wskazano sposób postępowania w zakresie: zgłoszenia przez personel Szpitala do Działu Technicznego awarii aparatury i sprzętu medycznego, naprawy, dokonania wpisu do paszportu technicznego urządzenia informacji o przeprowadzonej naprawie bądź przeglądzie dokonany przez serwis. W zakresie przeglądów aparatury i sprzętu medycznego określono, że *odbywają się na podstawie wcześniej sporządzonego harmonogramu przez wyznaczone do tego osoby spośród pracowników Działu Technicznego. Dyrekcja wyznacza osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie przeglądu. Wnioski notowane są na odpowiednich formularzach i przechowywane w paszportach urządzeń.*

W trakcie czynności kontrolnych, Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej – Jacek P., przedstawił kontrolującemu harmonogramy przeglądów aparatury medycznej na rok: 2016 i 2017, z podziałem na poszczególne miesiące oraz dodatkowo harmonogramy przeglądów tomografów komputerowych Activion 16 i LightSpeed oraz aparatury firmy Dreger.

*W przypadku aparatury w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej oraz innych komórkach, gdzie znajdują się źródła promieni rtg lub gamma /kasety kontrolne, obrączki kontrolne, mierniki aktywności chwilowej/, w instrukcji nr IN-7.6-01-01 określono, że jest ona okresowo co dwa miesiące kontrolowana w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi lub co 12 miesięcy w Instytucie Fizyki Jądrowej w Krakowie (...). Nadzór nad tym prowadzą wybrane osoby w poszczególnych komórkach organizacyjnych.* Na dowód realizowania ww. obowiązku, Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej – Jacek P., przedstawił kontrolującemu sprawozdania oraz świadectwa przydatności dawkomierzy z badań przeprowadzonych przez Instytut Fizyki Jądrowej w Krakowie. Ponadto, okazał listę dwunastu osób posiadających wymagane kwalifikacje do wykonywania badań rentgenowskich. Nadzór nad bezpieczeństwem radiologicznym w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, sprawowały osoby posiadające uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej.

Na podstawie informacji złożonej przez Kierownika Działu Nadzoru Medycznego – Jacka P. ustalono, że Szpital w okresie objętym kontrolą, podpisał dziewięć umów serwisowych:

Lp.	Numer umowy i data zawarcia	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot
	<b>2016r.</b>		
1.	29/1/2016 z dnia 29.01.2016r.	MVS Mikołów	Naprawa Tomografu Komputerowego GE Wymiana Modułu Detektora – jednorazowa
2.	11/4/2016 z dnia 20.04.2016r.	Radiology Service	Wymiana Lampy RTG Siemens Multix TOP – jednorazowa
3.	132/2016 z dnia 21.04.2016r.	GE Healthare	Wymiana Lampy Tomofanu Komputerowego GE – jednorazowa
4.	TK/30/11/2016 z dnia 30.11.2016	MVS Mikołów	Naprawa tomografu komputerowego GE – VDARC Komputer rekonstrukcji obrazów – jednorazowa
5.	429/2016 z dnia 15.12.2016r.	Simens Polska	Przeglądy serwisowe Tomografu Komputerowego Somatom
6.	430/2016 z dnia 15.12.2016r.	MVS Mikołów	Przeglądu TK GE i TK TOSHIBA
	<b>2017r.</b>		
1.	432/2016 z dnia 02.01.2017r.	Abbott Laboratories Poland	Przeglądy serwisowe Analizatora Architekt Mikrobiologia
2.	97/2017 z dnia 31.03.2017r.	Aesculap Chifa	Przeglądy serwisowe i kalibracja pomp infuzyjnych
3.	201/2017 z dnia 17.07.2017	GE Healthcare	Wymiana Lampy Tomografu Komputerowego GE– jednorazowa

Z ww. informacji wynikało również, że w 2015r. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach zawarł pięć umów, które obowiązywały w okresie objętym kontrolą (2016/2017) i dotyczyły:

- 1 opieki serwisowej obejmującej naprawy i przeglądy Angiografu XPER E (umowa nr 158/2015 z dnia 24.04.2015r. z Philips Polska);
- 2 opieki serwisowej obejmującej naprawy i przeglądy Angiografu XPER H (umowa nr 217/2015 z dnia 08.06.2015r. z Philips Polska);
- 3 przeglądu Rezonansu Magnetycznego Avanto (umowa nr 351/2015 z dnia 19.10.2015r. z Simens Polska);
- 4 przeglądu Mikrobiologicznego Analizatora Architekt (umowa nr 365/15 z dnia 26.10.2015r. z Abbott Laboratories Poland);
- 5 opieki serwisowej obejmującej naprawy i przeglądy Angiografu Allura (umowa nr 404/2015 z dnia 18.12.2015r. z Philips Polska).

Jednocześnie, Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej wyjaśnił, że *WSzZ w Kielcach nie posiada umów serwisowych przedmiotem których są przeglądy roczne i naprawa urządzeń medycznych w ogólnym zakresie. W przypadku przeglądu bądź naprawy Szpital na podstawie zapytania ofertowego zleca jednorazowo usługę w ww. zakresie (bezumownie do 30 000 euro). W przypadku gdy koszty napraw przekraczają wyrażoną w złotych kwotę 30 000 euro prowadzone są postępowania*

*przetargowe w oparciu o przepisy prawa zamówień publicznych i w efekcie zawierane umowy.*

*(Dowód: akta kontroli str.104 wykaz umów serwisowych sporządzony przez Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej)*

Na podstawie *Zestawienia analitycznego obrotów i sald* – rok 2016 oraz 2017 od konta 400-03 – Usługi obce ustalono, że Szpital w 2016r. poniósł koszty naprawy, konserwacji i serwisu sprzętu medycznego w wysokości 3.184.375,28 zł., a w 2017r. – w wysokości 3.777.820,98 zł.

*(Dowód: akta kontroli str.105-106 – zestawienie analityczne)*

W toku czynności kontrolnych sprawdzono realizację przez Szpital obowiązków określonych w art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych<sup>26</sup>. Wyrывkowej kontroli poddano certyfikaty, świadectwa jakości urządzeń medycznych, raporty przeglądu technicznego niżej wymienionych pozycji sprzętu i aparatury medycznej:

- tomograf komputerowy – typ Somatom Definition AS, nr seryjny 65053, rok produkcji 2010, (producent Siemens Healthcare), eksploatacja od 2010r. (gwarancja do 2015r.), użytkowany dla potrzeb Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii;
- tomograf komputerowy – typ Activion 16, nr seryjny 1CC1173194, rok produkcji 2011, (producent Toshiba Medical Systems), eksploatacja od 2011r. (gwarancja do 2013r.), użytkowany dla potrzeb Świętokrzyskiego Centrum Neurologii i Kliniki Chorób Wewnętrznych;
- rezonans magnetyczny – typ Magnetom Avanto, nr seryjny 27885, rok produkcji 2012 (producent: Siemens Healthcare), eksploatacja od 2012r., (gwarancja do 2013r.), użytkowany dla potrzeb Szpitala,
- aparat RTG stacjonarny – typ Multix Top 1250, numer seryjny 2233, rok produkcji 2005, (producent Siemens Healthcare), eksploatacja od 2005r. (gwarancja do 2007r.), użytkowany dla potrzeb Szpitala.

Kilkudniowe przesunięcia wykonanych badań technicznych w *stosunku do zaplanowanych terminów*, według informacji Kierownika Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej – Jacka P., *wiązały się z awariami aparatów, które musiały zostać*

---

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych Dz. U. Nr.107, poz. 679 ze zm..

najpierw usunięte. W tym okresie nie wykonuje się badań do momentu potwierdzenia przeglądem serwisowym.

(Dowód: akta kontroli str.107– Informacja Kierownika Działu Nadzoru i Naprawy Aparatury Medycznej)

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

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

Nazwa urządzenia	Ilość szt.	Ilość badań	Norma czas. badania (w godzinach)	Ilość Badań w 1 dniu	Czas naprawy w dniach	Ilość dni roboczych	Całkowita ilość badań	Wykorzystanie urządzeń w %
<b>2016r.</b>								
Aparat RTG	29	78628	1,2	290	72	313	90 770	86,6
Aparat MRI	1	3969	0,75	16	4	261	4 176	95,0
Tomograf	3	34767	0,75	96	46	365	35040	99,2
<b>2017r.</b>								
Aparat RTG	28	74448	1,2	280	117	313	87640	84,9
Aparat MRI	1	3350	1	12	4	261	3132	107,0
Tomograf	3	32353	0,75	96	37	365	35040	92,3

Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej – Jacek P., wskazał ponadto, że *aparaty RTG pracują średnio 12h, przez sześć dni w tygodniu; MR tylko w dni robocze od poniedziałku do piątku przez 12 h/dobę, aparaty TK 24h przez siedem dni w tygodniu. Z kolei w 2017r. badanie MR w procedurach dziecięcych wykonywane było w sedacji, co wydłużyło średni czas badania.*

(Dowód: akta kontroli str.108 Wykaz pn. *Stopień wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej*)

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

**Sprawdzenie zawartych, wymaganych przepisami, umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.**

*Opis stanu faktycznego*

Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. Szpital był obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie ustalonym w art. 25 ust. 1 wymienionej ustawy, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego oraz minimalna suma gwarancyjna zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>27</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.

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 ubezpieczenia	Zakres polisy	Suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie/ na wszystkie zdarzenia
1.	5KRA1860003	01.01.2016r.- 31.12.2016r.	Odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo	100 000 euro – na jedno 500 000 euro – na wszystkie

<sup>27</sup> Rozporządzenie MF z dn.22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011, Nr 293 poz.1729)



			niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych , wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego	
2.	1016188196	01.01.2017r. 31.12.2017r.	j.w.	j.w.

Składki polis ubezpieczeniowych wymienionych w powyższym zestawieniu odpowiednio w poz. 1 – w wysokości 498 075,00 zł. (płatne w 4 ratach: 3x124 518,00 zł, 1x 124 521,00 zł.), w poz. 2 – w wysokości 582 835,46 zł. (płatne w 4 ratach: 3x145 709,00 zł., 1x145 708,46 zł.) zostały opłacone w umownych terminach, o czym świadczą okazane przelewy bankowe.

Ocena częściowa

Działalność Szpitala w badanym obszarze – dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oceniona została **pozytywnie z nieprawidłowościami**.

Pozytywna ocena dotyczyła: zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń, który był zgodny z zawartymi umowami z NFZ; prowadzenia list oczekujących stosownie do wymaganych przepisów prawa w tym zakresie; rozpatrywania skarg wnoszonych przez pacjentów i ich członków rodzin zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi; posiadania wymaganych Certyfikatów ISO oraz certyfikatu akredytacyjnego w zakresie spełniania standardów leczenia szpitalnego wydanego przez Ministra Zdrowia; sprawności aparatury medycznej, sprzętu medycznego wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych potwierdzonej wymaganymi dokumentami; wypełnienia przepisu art. 17 ust. 1 pkt 4) ustawy o działalności leczniczej, poprzez zawarcie obowiązkowych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Stwierdzone nieprawidłowości miały związek z: powołaniem do składu osobowego *Zespołu ds. Oceny Przyjęć* osób niewykonyjących zawodów medycznych; niekompletnym wypełnianiem obowiązków przez *Zespół*; opisem przedmiotu zamówienia w postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pominięciem kodów CPV; zastosowaniem przy ocenie ofert oferentów niekompletnych kryteriów ofert; nieopłaceniem faktury nr 29/12/2017r. z dnia 03.01.2018r. za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju nocna i świąteczna opieka zdrowotna w ustalonym terminie.

Osoba  
odpowiedzialna  
za stwierdzone  
nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach – Pan Andrzej Domański.

## Uwagi i wnioski

Wnioski  
pokontrolne

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

1. Zachowywać 7 – dniowy termin dokonania zmiany wpisu w Rejestrze, liczonego od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.
2. Wyeliminować niezgodność w zakresie nazw *Zakładów leczniczych* w Statucie, Regulaminie organizacyjnym i Księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego.
3. Uregulować zakres *udzielanych świadczeń* w Statucie i Regulaminie organizacyjnym tak aby był on tożsamy w obu dokumentach i zgodny ze stanem faktycznym.
4. Podjąć skuteczne działania zmierzające do dostosowania treści Księgi rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego do stanu faktycznego odnośnie komórek organizacyjnych Szpitala.
5. Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Zapewnić właściwe wykonywanie obowiązków przez członków Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Do opisu przedmiotu zamówienia, zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (DZ.Urz.WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z póź zm.)
8. Porównywać oferty, w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. Przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z fundamentalną zasadą określoną w art. 44 ust. 3 pkt 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych.

## Pozostałe informacje i pouczenia

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

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

Adam Jarubas  
Marszałek Województwa Świętokrzyskiego

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